La investigación que el lector tiene entre sus manos es resultado de una intervención sobre el terreno, realizada por un grupo de sociólogos en un sanatorio psiquiátrico del Distrito Federal, durante casi un año. Por ende, los resultados obtenidos de los testimoniales de los pacientes crónicos internados, de las entrevistas a familiares, médicos psiquiatras, enfermeras y trabajadores de cuidado y custodia, son de primera mano. Muchas de las respuestas derivaron, sin duda, del enigma de las causas de la enfermedad mental, de la imposibilidad de allegarse desde una sola disciplina una explicación convincente; del papel que juegan los primeros intercambios socializadores en el infante, de los objetos inconscientes que se transmiten más allá de los roles y las funciones que se pretenden cumplir. De la comunicación delirante que establece vínculos invisibles pero poderosos entre la familia, la institución y el denominado enfermo mental. Es una investigación que reitera diversas posturas de grandes pensadores como Foucault, Zsasz, Goffman, Watzlawick o Haley pero que, al partir de una mirada antropológica en torno al Don, es decir, a los procesos de intercambio de mensajes y de objetos entre las personas, permite un acercamiento distinto para el análisis de la conformación de los lazos sociales y las formas peculiares de comunicación esquizofrénica, sustentadas en alianzas y colusiones complejas. El estudio centra su análisis en el discurso delirante que circula y marca los tiempos y movimientos de los familiares y la institución, discurso que se muestra embrollado, ambiguo e inentendible desde los parámetros de la razón, pero que va mostrando su poderío conforme se analiza desde una mirada etnopsicoanalítica.





9786077700449



Víctor A. Payá
Marco A. Jiménez
(coordinadores)

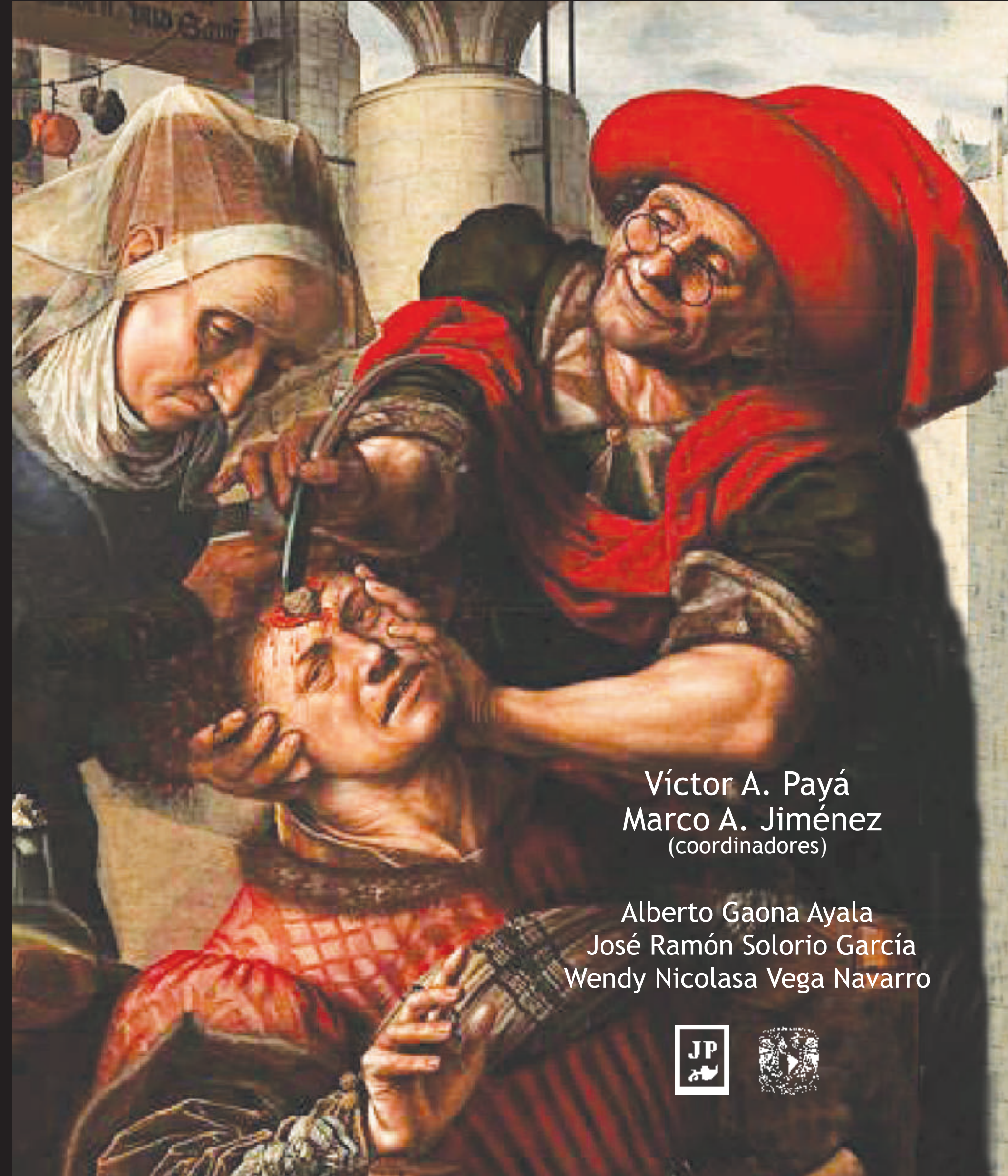
Institución, familia y enfermedad mental
Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico





Institución, familia y enfermedad mental

Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico



Víctor A. Payá
Marco A. Jiménez
(coordinadores)

Alberto Gaona Ayala
José Ramón Solorio García
Wendy Nicolasa Vega Navarro





Institución, familia y enfermedad mental:
reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico

Equipo de investigación
Víctor A. Payá
Marco A. Jiménez
(coordinadores)

Alberto Gaona Ayala
José Ramón Solorio García
Wendy Nicolasa Vega Navarro

Institución, familia y enfermedad mental: reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico





Facultad de Estudios Superiores
Acatlán

Juan Pablos Editor
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Acatlán
México, 2010

Este libro contó con el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM a través del proyecto PAPIIT IN300-408-3, “Condiciones sociales de la dinámica familiar y los actuales patrones de la violencia institucional”.

INSTITUCIÓN, FAMILIA Y ENFERMEDAD MENTAL: REFLEXIONES SOCIOANTROPOLÓGICAS DESDE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
Víctor A. Payá y Marco A. Jiménez (coordinadores)

Ilustración de portada: Jan Sanders van Hemessen,
Extracción de la piedra de la locura, siglo XVI

ISBN: 978-607-7700-44-9

Impreso en México

Índice

Agradecimientos

Esta investigación fue respaldada por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica, de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México (PAPIIT IN300408-3), que aprobó el proyecto "Condiciones sociales de la dinámica familiar y los actuales patrones de la violencia institucional". El presente libro forma parte de una investigación etnográfica y de archivo más amplia, que no se circunscribió únicamente al hospital psiquiátrico, sino que abarcó otras situaciones tales como los penales femeniles del Distrito Federal, los archivos de suicidas del Servicio Médico Forense del Distrito Federal y un centro de educación primaria localizado en un barrio popular del Estado de México. Gracias al PAPIIT se contó con el apoyo de becarios, de prestadores de servicio social, de materiales y equipo de cómputo diverso, que posibilitaron la culminación de la investigación. Nuestro agradecimiento al Programa y a los funcionarios encargados del mismo, quienes siempre atendieron nuestras inquietudes y dudas. Éste es, entonces, el primero de cuatro estudios que se realizan en torno a la violencia, la familia y la institución. Igualmente, agradecemos a las autoridades de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán, cuyo apoyo hizo posible contar con el respaldo institucional para que las instituciones externas abrieran sus puertas a los investigadores universitarios. Agradecemos al director de la Facultad, doctor Alejandro Salcedo Aquino, y al coordinador del Programa de Investigación, doctor Eduardo Torres Espinosa, por su interés en la investigación.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el respaldo otorgado a través del Sistema Nacional de Investigadores.

Al doctor Carlos Pavón Salcedo, director del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, quien otorgó todas las facilidades para llevar a cabo las entrevistas a los familiares, los pacientes internados, las enfermeras, los médicos y los trabajadores de cuidado, así como para circular, sin restricción alguna, por cualquier área del sanatorio psiquiátrico, con la finalidad de observar y recabar todo tipo de información.

A la socióloga Yurixhi Quetzalli Rojas Aragón, quien nos apoyó con la lectura, redacción y edición de los materiales; sus agudas sugerencias y comentarios fueron siempre importantes para la propuesta final del libro.

Introducción

[Se acerca una paciente internada, con su radio descompuesto en una mano y en la otra su cajetilla de cigarros...].

Paciente: Hola señorita. ¿Cómo está señorita?

Socióloga: Bien.

Paciente: Sociología señorita, sociología señorita […].

Notas del diario de campo

La presente investigación es fruto de una intervención de campo llevada a cabo durante un año en el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, ubicado en la Delegación Tláhuac, en el Distrito Federal. Al principio, la idea era conocer la dinámica de la interacción del lugar con el fin de comparar las semejanzas y diferencias existentes con la vida de otras instituciones, como la cárcel, de la cual realizamos un estudio tiempo atrás (Payá, 2006). En los años 2005-2006, el psiquiátrico albergaba un promedio de 84 pacientes adultos, que vivían ahí permanentemente por ser diagnosticados enfermos crónicos. El interés por saber cómo los internos se adaptan en un espacio del cual no pueden escapar, señalaba el primer rumbo de la investigación; no obstante, en el momento de obtener el permiso oficial, el director del establecimiento y su equipo de médicos psiquiatras pidieron que, dada nuestra profesión de sociólogos, les ayudáramos a comprender el fastidio, el desgano y la reticencia de las

familias para cooperar con el hospital y visitar frecuentemente a sus familiares internados. Precisamente porque el problema no se consideraba menor, una de las políticas adoptadas por las autoridades del hospital era el condicionamiento de la estancia del paciente a la asistencia obligatoria de al menos un miembro de la familia a una plática quincenal ofrecida por los médicos o técnicos de la institución. De igual forma, la visita familiar se consideraba obligatoria, por lo que se registraba el récord de asistencias. Nunca observamos la expulsión de un paciente por ausencia de los familiares, aunque la amenaza era recordada de vez en cuando a aquellas familias que no cooperaban. Tal vez a diferencia de otra institución de salud, el externamiento del hospital del paciente crónico aparece más como una desgracia que atenta en contra de la tranquilidad del hogar que un motivo por el cual la familia debería estar contenta. Se trataba entonces de que el equipo de sociólogos iniciara una investigación para explicar el rechazo familiar hacia el paciente y las posibles soluciones que podrían darse al respecto.

Si bien no existió restricción alguna para caminar por todos los pabellones y espacios del sanatorio, de forma que se grababan las opiniones de las enfermeras, los trabajadores de cuidado y custodia, de los médicos y también de los mismos pacientes, asistíamos principalmente los días de visita familiar debido precisamente al encargo institucional; naturalmente, nuestra atención se fue centrando cada vez más en la familia. El único requisito era entrar vestidos con una bata blanca, ya que, se decía, eso facilitaba el respeto de pacientes y familiares, quienes en efecto se referían a nosotros como "doctores". Sin embargo, en cada entrevista y encuentro nos identificábamos como sociólogos autorizados para llevar a cabo una investigación dentro del sanatorio, lo que reducía drásticamente cualquier tipo de demanda o exigencia.

Como sociólogos resultó una sorpresa observar que, en efecto, algunos de los miembros de la familia que visitaban a su pariente internado mostraban fastidio, cansancio, enojo, y que este tiempo dedicado al convite era una carga difícil de soportar. Al mismo tiempo observamos fuertes lazos de dependencia entre el paciente y los integrantes de la familia, que mostraban la necesidad de estar juntos aunque no se hablaran, o se reunieran para confrontarse. Platicando alrededor de una mesa con el grupo, advertíamos que el discurso familiar y el delirio de los pacientes se relacionaban de for-

ma sutil pero inequívoca; la “enfermedad”, por decirlo de alguna forma, se desplazaba del grupo familiar hacia el interno y viceversa. Por ejemplo, un paciente podía afirmar que le hablaron los extraterrestres, mientras que su familia afirmaba al mismo tiempo de la existencia de los platillos voladores. A veces no sabíamos por qué un integrante estaba encerrado y otros permanecían viviendo con la familia. En cierta ocasión, en uno de los patios externos a los pabellones del hospital se acercó una mujer que deliraba sobre cualquier tipo de cuestiones; se pensó que la habían dejado salir a convivir en esa área con su familia. Poco después llegó la madre y presentó a su hija, quien la acompañaba para ver a la hermana “enferma”. La hermana de una paciente, quien la visitaba religiosamente aunque a regañadientes, se quejaba de que todos los problemas de la familia, incluyendo el cáncer que padecía, se derivaban del problema mayor, del “paquete” y “mochila” que le tocó cargar en la vida, refiriéndose con estos epítetos a la hermana internada. En esta familia todos tomaban psicotrópicos, uno de sus integrantes intentó suicidarse y los conflictos matrimoniales eran frecuentes. La hermana decía que todo se debía a la enfermedad de la interna, a la cual imitaban. La frase que reiteraba era: “todos los problemas derivaban de *el problema*”. Por cierto, ella misma equiparaba el cáncer que sufría a la locura de la hermana, al afirmar que ambas eran rechazadas porque las personas creían que sus enfermedades eran contagiosas. Otros hechos recurrentes durante las observaciones fue la tenaz presencia de las madres, que se comportaban excesivamente cariñosas, consentidoras y agobiantes o, en su defecto, mostraban una actitud gélida, irónica y descalificadora. La mayoría de las madres llevaban alimento a sus hijos, tendían a desautorizar al padre, a desconocerlo o, a denostarlo; unas lo hacían bajo la máscara del insistente amor y otras bajo un semblante marmóreo.

Este tipo de hechos trastocaban cualquier concepción funcional de la familia, ya que los roles que sus integrantes desempeñaban eran difusos e incluso reversibles, lo que nos llevó a una búsqueda intensa de materiales sobre el tema. De la familia y su dinámica poco sabíamos en ese entonces, cuando el trabajo de observación directa nos generaba más preguntas que respuestas. Lecturas y trabajo de campo se alternaban de forma que se continuaban grabando los testimonios de los médicos, los custodios, las enfermeras, los fami-

liares y los pacientes psiquiátricos. Se engrosaba nuestro banco de información, el cual se ordenaba por la recurrencia de los temas, por los discursos del grupo familiar y por la diversidad de las categorías teóricas.

Descubrimos la complejidad que presenta el estudio de la familia en tanto red de vínculos funcionales, emocionales e inconscientes. La búsqueda de estudios en torno a la familia nos condujo inevitablemente a la revisión de textos críticos como *Cordura, locura y familia*, de Ronald D. Laing (1986); *El asesinato del alma*, de Morton Schatzman (1994), y de otros antipsiquiatras. Investigamos también las diversas modalidades de intervención institucional que realizaron personalidades muy importantes, como fueron David Cooper en el "Pabellón 21", en Londres; Bruno Bettelheim en el Hospital Ortogénico de Chicago; Franco Basaglia en Gorizia, en Italia; Ronald Laing en Kingsley Hall, en Inglaterra, y finalmente, Maud Mannoni en Ville-Evrard y en Bonneuil, en Francia. Todos ellos apostaron a un tipo de encuadre clínico ante el problema de la enfermedad mental. Hubo éxitos muy importantes en la forma de mirar al paciente mental y también se señalaron los límites de la intervención en situación institucional.

Un pequeño ensayo realizado en 1956 por un grupo de investigadores de Palo Alto, California, entre los que destacaba el antropólogo Gregory Bateson, era referido sistemáticamente en la bibliografía sobre el tema; este estudio se titula "Hacia una teoría de la esquizofrenia".[1] Poco después descubrimos que este informe de investigación causó en su tiempo un fuerte impacto en el universo psiquiátrico y sociológico, convirtiéndose en el fundamento de las escuelas de terapia sistémica, muchas de las cuales sobreviven hasta la actualidad (Wittezaele y García, 1994). Se abrían así nuevos horizontes de explicación, desde una perspectiva comunicacional, que condujo a la reorganización de nuestros datos haciendo más compleja e interesante la interpretación de los mismos. Asimismo, indagamos algunos textos psicoanalíticos, con una perspectiva lacaniana, para tratar de comprender los delirios. Las reflexiones

[1] El ensayo fue escrito por Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley y John H. Weakland, y publicado originalmente en el año 1956 en *Behavioral Science,* volumen I, número 4. En castellano, forma parte del libro *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre* (Bateson, 1998).

siguientes son parte de esta búsqueda por explicar la naturaleza social de la enfermedad y el papel que juega el grupo familiar en la constitución de la patología del vínculo. Sin duda, muchos de nuestros planteamientos parecerán incompletos para los especialistas formados en alguna de las escuelas que mencionamos; tal vez al sociólogo le parezcan, por el contrario, un tanto excesivos e incomprensibles los puntos de vista vertidos sobre el problema de la familia y la enfermedad mental. Por nuestra parte, creemos que la investigación es sólo el inicio para pensar de forma interdisciplinaria algunos problemas de las ciencias sociales y ver un mismo problema bajo la diversidad de luces que la acumulación de las experiencias y reflexiones han logrado sistematizar en cuerpos de conocimiento especializado.

Un grupo de doce personas abordamos la intervención en el lugar; todos los jueves asistíamos puntualmente a las nueve de la mañana y salíamos con las grabadoras repletas de información, aproximadamente a las tres de la tarde. Uno de los requisitos básicos de la entrevista fue no contradecir el testimonio, mucho menos si se trataba del delirio de un paciente. La consigna era que si alguien decía que el diablo se le aparecía, entonces debíamos preguntarle cómo era el personaje y qué le relataba. Al poco tiempo de asistir regularmente al hospital, el grupo se redujo a seis personas, quienes no sólo elaboraban sus notas de observación sino que también transcribían el material grabado. Se formó un grupo de discusión donde se revisaba el material de campo bajo la guía del estudio de las teorías.[2]

El trabajo de investigación etnográfica no es para todos, como tampoco lo es el ser músico o practicar las artes del budismo. Y como en toda disciplina, se requiere muchísima paciencia ante los hechos que se observan, puesto que, como apuntan los grandes antropólogos, aparecen terriblemente desconectados. Cada ensamble de información se logra en intervalos de tiempo irregulares, en donde lo que predomina es la desesperación por encontrar el sentido o por tratar de relacionar variables para "cerrar" lo antes posible la in-

[2] Los sociólogos que inicialmente participaron en la realización de entrevistas fueron: Alberto Gaona Ayala, Cecilia Silva Álvarez, María Claudia Medleg Martínez, José Ramón Solorio García, Isabel Torres Coronel, Isabel Pérez Godínez, Jazmín González Martínez; posteriormente se incorporó al grupo de discusión la psicoanalista Wendy Nicolasa Vega Navarro.

vestigación. Una manera de templar las angustias del trabajo sobre el terreno es recurrir a los textos teóricos y testimoniales, con el fin de recubrir los huecos con citas. Nuestra impaciencia como sociólogos era doble, ya que por un lado recolectábamos información variada, muchas de las veces inentendible, difícil de acotar y, por el otro, nos veíamos obligados a leer sobre el tema de la enfermedad mental, lo que conducía a la renuncia parcial por el saber unidisciplinario. Circulamos libremente por el interior del hospital psiquiátrico; recorríamos patios y pabellones, conversábamos con las enfermeras y los trabajadores de custodia. Con la paciencia y el tiempo suficiente, hablamos con los pacientes, solos o en presencia de sus familiares. De vez en cuando nos metíamos en algún consultorio para preguntarle a los psiquiatras su opinión sobre algún suceso dentro del hospital o sobre sus conocimientos médicos sobre el tema mental, con la finalidad siempre de contrastar otras posturas. Incluso entramos a alguna junta con el director, los médicos y los familiares, para observar cómo se trataban los casos de externamiento.

Las grabadoras jamás fueron un impedimento para conseguir la información; nunca observamos que los entrevistados se inhibieran. En la mano o en el bolsillo de la camisa, los pequeños artefactos siempre estaban activados. Las grabaciones recolectadas servían para orientar las notas de campo,[3] contextualizar las entrevistas, introducir los comentarios paralelos de las personas que estaban presentes o simplemente recordarnos los gritos de alguno de los pacientes, el paso del transporte callejero o los llamados por altavoz a las personas. La grabadora abierta fue fundamental en la investigación. Alguna vez jugamos a que los pacientes dijeran lo que se les ocurriera: algunos cantaron e hicieron promesas de amor a las sociólogas, otros denunciaron lo que les molestaba, otro más quería escuchar repetidamente lo registrado (véase el último capítulo, viñeta "Daniel y las voces"). Las opiniones salidas del aparatito fueron todo un acontecimiento que sirvió para establecer contac-

[3] Al final de la investigación, cuando llegaba a casa, realizaba la nota etnográfica y después escuchaba las grabaciones con la finalidad de complementar la información. Para mi sorpresa la nota de campo invertía los tiempos de los hechos. Por ejemplo, anotaba que iniciaba la ronda en el pabellón de hombres cuando en realidad había iniciado por el pabellón de mujeres, etcétera.

to, incluso con algunos de los pacientes considerados más regresivos. Escondida en el bolsillo, se lograba entablar una plática casi de cualquier tema con el personal médico o de cuidado. Teniendo prohibido fotocopiar expedientes, éstos se leían en voz alta para duplicar la información contenida. A la salida del hospital, durante el regreso, comentábamos siempre alguna anécdota que nos parecía relevante, aunque sin saber claramente cómo explicarla. Todos los lunes discutíamos parte del material en un taller de investigación a mi cargo, en la Facultad de Estudios Superiores Acatlán. Hablar sobre el hospital se convirtió en algo habitual y necesario, dado que nadie está inmunizado en contra de la influencia de los delirios. Los discursos fascinan y envuelven sin saber bien a bien cuáles son sus efectos en nuestras vidas. Cada uno de nosotros se apartaba de algunas familias o pacientes y seleccionaba a otros de manera sistemática: identificaciones involuntarias, por empatía, aversión, compasión, búsqueda de respuestas, etcétera, que marcaban el rumbo de la información. Algunos pacientes se convertían en los preferidos del equipo dado su carácter jocoso o su prolífica invención imaginaria; no obstante, se trató de abarcar el mayor número de entrevistas.

La angustia podía surgir con un hecho trivial, para que despertara no era necesario que pasara algo espectacular. Cuando una madre regañó a uno de los pacientes por no tomarse el medicamento, culpándolo por ello de su enfermedad y su estancia hospitalaria, un integrante del equipo vio en esta escena un fragmento de su historia, lo cual le generó ansiedad, por lo que tuvo que retirarse momentáneamente de la entrevista. A otra compañera se le ocurrió darle el teléfono de su casa a un paciente que estaba pronto a salir y que mostraba graves problemas de relación con las mujeres; otra más se puso a jugar con un médico psiquiatra con una cámara fotográfica, a sabiendas de que estaba prohibido ingresarla al hospital, lo que generó un fuerte disgusto del director con el equipo de investigación. A partir de ese momento el personal cambió su actitud hacia nosotros, principalmente las enfermeras que mostraban con elocuencia, que no sólo vigilaban a las pacientes sino cada uno de nuestros movimientos. En lo personal, en las últimas semanas de la investigación, cada vez que salíamos del hospital llegaba a la casa a dormir profundamente. Por las noches armaba con el material brevísimas historias que colmaban mis propias ansie-

dades. Creímos importante incorporar en los diarios de campo este ejercicio de contar pequeñas historias de aquello que observábamos. Son pequeñas viñetas que surgen al calor de la investigación, entre las lecturas y el cansancio generado por la transcripción de las grabaciones, el ordenamiento interminable de las notas y la desesperación por no saber cómo empezar a esclarecer ese mundo de tinieblas y sufrimiento. Así, en una viñeta (contrastada con la información transcrita) podría relatarse un fragmento de la vida en el hospital, las relaciones de una madre con su hijo, los conflictos de una familia, el delirio mágico de una paciente. Posteriormente, la figura de la viñeta se convirtió en parte fundamental del "diario de investigación" de todo el equipo de trabajo. Estos relatos forman parte del último capítulo.

La tesis central es que la enfermedad mental es una construcción social compleja que es imposible entender únicamente desde la perspectiva médica, que privilegia el análisis biológico del cerebro. Antes bien, siempre se encuentra inmersa en un universo simbólico que la determina. El estudio derivó en el análisis de la naturaleza de las ligaduras emocionales que se establecen entre los integrantes de la familia, el paciente y la institución psiquiátrica. En su delirio, el sujeto toca una verdad profunda que resuena en cada uno de nosotros, una verdad que es también un resto inatrapable que siempre escapa a la razón. No obstante, el delirio insiste en ingresar al campo del lenguaje y, en su imposibilidad, asoma el problema del deseo inconsciente, el deseo de un sujeto atrapado en la viscosidad de las ligaduras emocionales y la insistencia imaginaria de encontrar un sentido al universo simbólico.

La investigación está dividida en tres grandes partes: la primera, denominada "La construcción de la enfermedad mental", recorre los caminos ya trazados por autores como Foucault, aunque subrayando la conformación del saber psiquiátrico, en condiciones de internamiento forzado; en ese sentido, se recuperan los planteamientos del sociólogo canadiense Erving Goffman para contrastar y enriquecer las posturas. La realidad institucional se constituye a partir de supuestos sobre los que se erige su dinámica y estructura. Que las políticas de salud pública actualmente sigan los lineamientos del manual de psiquiatría DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*, sin duda delimita un campo significante que es a su vez un dispositivo de saberes y controles

determinados, la dinámica de la institución psiquiátrica está regida por ese modelo de salud-enfermedad.

La segunda parte de este trabajo comienza con la descripción del funcionamiento del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, no con el fin de criticar su labor *a priori*, antes bien, si algo podía elogiarse del lugar era precisamente el perfecto mecanismo de relojería con el cual marchaba. Trataremos de ilustrar cómo, a pesar del cuidado y control del cuerpo que se tiene sobre los enfermos internados, la locura siempre escapa, poniendo en jaque el orden de la interacción familiar e institucional. De ahí que posteriormente reflexionemos sobre el delirio esquizofrénico y lo que éste deja ver de la naturaleza de los vínculos. La tercera parte está dedicada al estudio de algunos casos específicos, principalmente de aquellos en donde había el suficiente material para conformarlos sobre la base de alguna trama significativa. Esta parte culmina con las notas complementarias de los diarios de campo, realizadas con un estilo que en su momento denominamos "viñetas". El fin principal del diario era realizar una anotación de lo observado por cada uno de los integrantes en cada visita al hospital. Conforme pasaba el tiempo, reuníamos información y conocíamos más a las personas, se escribían las notas de aquello que más resaltaba, aparecía como revelador o impactaba a cada uno de los integrantes del equipo. Nunca se tuvo la intención de integrarlas al trabajo final, sin embargo, cuando las revisamos se consideró que eran piezas de una experiencia valiosa en distintos ámbitos: personal, institucional, familiar, metodológico. De ahí su inclusión. Todos los nombres referidos fueron cambiados por respeto a la confidencialidad y confianza depositada en el equipo de investigación.

En las conclusiones se apuntan algunos temas que quedaron pendientes y se abre el discurso a la reflexión teórica sobre el problema de la llamada enfermedad mental. La idea central es subrayar que existen posturas que aparentemente son irreconciliables, pero que coinciden en determinados temas o problemas. La forma de explicarlos conceptualmente e intervenir en los mismos varía, la cuestión estriba en saber si tienen un carácter más complementario que irreconciliable. Sólo se deja apuntado este interesante problema de naturaleza hermenéutica, ya que rebasa los fines de este libro.

Víctor A. Payá
Agosto de 2009

PRIMERA PARTE
La construcción de la enfermedad mental

Notas en torno a los antecedentes del discurso médico-psiquiátrico

> Es comprensible que se haya necesitado mucho tiempo para que se difundiera la idea de que la diferencia entre el enfermo mental y el sano, como la del hombre blanco de occidente y el "primitivo", no pasa por la naturaleza sino por la cultura: que la diferencia no es de componentes sino de organización.
>
> Isidoro Berenstein

La enfermedad mental está constituida por aspectos naturales e ideales; naturales porque los enfermos mentales manifiestan ciertas patologías que se revelan en su cuerpo en tanto que es el espacio físico y visible dado por la naturaleza; e ideales porque los desequilibrios mentales aceptan una lectura humana: el llamado enfermo lo es en tanto que manifiesta perturbaciones en su comportamiento que van a ser significadas, clasificadas y codificadas por el médico. Esta figura creadora de los modernos dogmas somáticos es la que se encargará de sistematizar, en un lenguaje especializado, los distintos cuadros en torno a los trastornos de la personalidad.

Actualmente, el discurso médico psiquiátrico ubica los aspectos "naturales" de la enfermedad mental en el ser biológico, en los linderos del cuerpo que contiene la conmoción nerviosa: representación embriagadora del instinto de destrucción. Sin embargo, la localización de la enfermedad no siempre se percibió de la misma manera en el cuerpo, se trata de un dato histórico que la ciencia mé-

dica positivista del siglo XVIII se encargó de acentuar.[4] El cuerpo como portador de patologías es un dato histórico, una construcción social y cultural que no agota su explicación en la idea de la enfermedad orgánica, si bien ocupa un lugar privilegiado en el discurso psiquiátrico.

Antes de que la ciencia psiquiátrica se consolidara, existían explicaciones sobre el origen y la naturaleza de la enfermedad como efecto de algo más que la materia física, por ejemplo, la posesión divina o demoniaca. El "loco" —que aún no adquiere el estatuto de enfermo— es hijo de las providencias supraterrenales en donde confluyen ángeles y demonios en sempiterna lucha. Amenaza demoniaca o resplandor divino, la mirada, acciones y palabras del poseso se alejan del mundo profano puesto que nada le es propio, ni siquiera la sombra de sus recuerdos; el sujeto del sinsentido es proclive al despliegue del imaginario social. Otra explicación de sus desórdenes es aquella que apunta a los poderes de la naturaleza nocturna con su majestuoso y excitante astro, la Luna, que alberga sus misteriosos poderes capaces de estremecer al mar, lugar donde habitan monstruos y dioses omnipotentes. La Luna tiene la fuerza para trastornar la mente de los espíritus frágiles, de los seres débiles, y dejará su huella en el significante que los rodea: lunáticos.[5]

[4] Ya desde la antigua Grecia había explicaciones en torno a que la enfermedad estaba en el cuerpo. Hipócrates, por ejemplo, en el siglo IV a.C., considera que la diferencia entre la salud y la enfermedad se explica en términos de humores. La salud lo es por el equilibrio de cuatro humores: la sangre, la cólera (bilis amarilla), la melancolía (bilis negra) y la flema; en este sentido, Roy Porter anacrónicamente señala: "El exceso de sangre o de bilis amarilla era causa de manías, mientras que el exceso de bilis negra, por ser ésta demasiado fría y seca, traía como resultado ruindad, melancolía o depresión" (Porter, 2003:49). Sin embargo, es hasta el siglo XVIII que la explicación de la enfermedad mental tiende a mirarse con métodos positivistas, clasificatorios, derivados de la observación directa del cuerpo.

[5] Sobre esta explicación cabe destacar el siguiente testimonio de la madre de un paciente psiquiátrico: "Hubo una temporada en que hablaba del demonio y el demonio aparecía. Que una mujer vestida de negro estaba sentada; que esta mujer le hablaba, le gruñía y le ladraba. Es una cosa que da miedo [...] Cada que le iba a dar una crisis, tenía como señal la Luna llena, cuando estaba completamente llena, seguro le daba una crisis" (notas del diario de campo).

Al principio, ella —la *estulticia*— no tenía rostro, al menos no como el actual; antes bien tendríamos que hablar de rostros etéreos: el del comediante, el trágico, el seductor, el liberador o el tormentoso. La locura no era equiparada a la enfermedad, si bien marcaba su diferencia desde su voz lastimosa, mágica y delirante. A principios del siglo XVI, personajes como el filósofo neerlandés Erasmo de Rotterdam se atreve a elogiarla, reivindicándola como la fuente de la vida. Si la locura ha adquirido el estatuto de enfermedad se debe a la acumulación de un saber positivo, objetivo, demostrable y medible. Así, Frédéric Gros indica: "[…] cada época da a la locura una acepción determinada de sentido: la locura como obsesión imaginaria, la locura como sinrazón y la locura, por fin, como enfermedad mental" (Gros, 2000:33).

De esta manera, encontramos dos grandes corrientes de pensamiento que buscan explicar la enfermedad mental y su origen; se trata de dos saberes que definen y acumulan conocimientos conforme la historia de la humanidad avanza: el primero explica la enfermedad como una "causa próxima" al cuerpo, es decir, la enfermedad se halla en los componentes neurofisiológicos del hombre, principalmente en su cerebro; la enfermedad en este sentido es concebida como un defecto de la naturaleza. El objeto de estudio, por lo tanto, apunta al funcionamiento del organismo biológico en tanto sistema individual cerrado. El segundo saber es metafísicamente construido, puesto que encuentra las razones de la sinrazón en los efluvios que desde el exterior trastornan al cuerpo: posesión demoniaca (o divina), o el influjo de la Luna. Más tarde se buscará en el medio ambiente (pobreza, abandono, violencia) las causas que provocan la insensatez del individuo. Conforme Occidente accede al discurso científico, el primer saber avanzará en la especialización del funcionamiento bioquímico y eléctrico del cuerpo con el fin de clasificar la totalidad de los trastornos mentales, mientras que el segundo saber abandonará las creencias místicas y naturales para privilegiar cada vez más la historia familiar, las relaciones emocionales y la interacción entre los sujetos. Desde este segundo saber se considera que el mal no es exclusivo del sujeto, se entiende que el ser humano nace con una voluntad maleable que se construye por la transmisión de experiencias comunicativas e inconscientes. Enfermedad médica y trastorno emocional son dos horizontes de pensamiento que, cuando se tocan, tienden a separarse, ya que

parten de epistemologías radicalmente distintas. En el afán de comprender a la enfermedad mental, el conocimiento humano y su gradual especialización ha hecho de la locura una especie de Torre de Babel en donde las diferentes posturas debaten en cuanto al origen y la naturaleza, que más que confluir en una propuesta interdisciplinaria acaban por replegarse cada quien en su idioma.

Clasificación de las enfermedades mentales y patologías de órganos

A mediados del siglo XVII se inicia la especialización del saber en torno a la enfermedad mental con la llamada "medicina de las especies". En Europa se clasifica y se coloca a los enfermos en categorías, familias y grupos. Se pretende determinar leyes que anteceden a la enfermedad y con ello establecer un límite conceptual, por lo menos en su sentido teórico, a la evolución de la enfermedad. Las categorías adquieren así una connotación con independencia del cuerpo, de tal forma que la enfermedad se convierte en una instancia de abstracciones privilegiadas que se presentan con sus propias normas. Los médicos configuran a la enfermedad dentro de un cuadro de clasificaciones bajo la influencia del modelo botánico. Ni el principio ni las causas importan, tan sólo aquello que es visible en el cuerpo: "el paciente —señala un médico natural en su ideología del ayer— es un hecho exterior en relación con aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis" (Foucault, 2002a:35). La posibilidad de conceptualizar la enfermedad parte del aislamiento sintomático que rebasa a cada uno de los sujetos y que facilita la clasificación. El caos es del orden de lo insoportable, incluso tiránico, por eso los pensadores naturales lo nombran y organizan clasificándolo. La ciencia se fundamenta en el postulado de que la naturaleza mantiene un orden oculto; en este sentido, Simpson argumenta:

> Los sabios soportan la duda y el fracaso porque no les queda más remedio que hacerlo. Pero el desorden es lo único que no pueden, ni deben tolerar. Todo el objeto de la ciencia pura es llevar a su punto más alto, y más consciente, la reducción de ese modo caó-

> tico de percibir [...] En algunos casos podremos preguntarnos si la clase de orden que ha sido forjada es un carácter objetivo de los fenómenos o un artificio creado por el sabio (citado en Lévi-Strauss, 2003:25).

La medicina de las especies está enfocada en encontrar una naturaleza estructural de la enfermedad: observar, clasificar, diagnosticar y tratar al cuerpo. El paciente evidencia su verdad en la enfermedad, es "el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado" (Foucault, 2002a:92). El padecimiento adquiere cierta independencia del especialista y del enfermo. Zimmerman, médico francés de esta época presenta los siguientes argumentos a este respecto: "El autor de la naturaleza ha fijado el curso de la mayor parte de las enfermedades por leyes inmutables que se descubren bien pronto, si el curso de la enfermedad no es interrumpido o perturbado por el enfermo" (Foucault, 2002a:32). El sujeto queda anulado, al menos el sujeto portador de un deseo, de una palabra que es catalogada de insensata, de tal suerte que no se trata de descifrar su discurso, ya que toda patología tiene un fundamento biológico.

La medicina de las especies se olvidó de considerar al hombre como poseedor de un cuerpo, lo que provocará severas críticas. Una segunda vuelta de tuerca conducirá a la especialización de la medicina del cuerpo. De ahora en adelante la enfermedad no se piensa más como un signo del exterior, sino en la distorsión que devora desde dentro. Se convierte en un objeto de estudio medible y demostrable en la certeza de la funcionalidad del órgano. El cuerpo ya no es una manifestación, sino una causa de la enfermedad; hay una etiología, un origen que es puesto en la anatomía del sujeto y en la disfuncionalidad orgánica; existe una *causa* de la enfermedad que es *próxima* al cuerpo. La enfermedad mental dada por estas "causas próximas" es localizada en los componentes sólidos y líquidos del cerebro; he aquí un ejemplo de tal cosmovisión revolucionaria:

> Bonet ha visto en la autopsia del cerebro de los maniacos, seco y quebradizo, el de los melancólicos húmedo y congestionado de humores; el de la demencia la sustancia cerebral estaba muy rígida o por el contrario excesivamente relajada, pero en un caso y en otro desprovista de elasticidad (Foucault, 2002b:339).

Se practica la cirugía con los cadáveres de enfermos mentales, se estudian, se miden, se estiran, se pesan y se concluye que hay diferencia entre ellos, diferencia que explica la naturaleza de cada enfermedad.

Los síntomas tienen su causa en los componentes neurofisiológicos: la noción de "sede" sustituye definitivamente a la de "categoría", "la determinación de la *sede* de las enfermedades, o su localización —asevera Bouillaud—, es una de las más grandes conquistas de la medicina moderna" (Foucault, 2002a:199). El parecido entre los pacientes es entendido porque la carencia o alteración de algún componente químico en el cuerpo es la misma: una persona con gripa se parece más, en sus síntomas, a otra persona con gripa que a una persona que padece de cirrosis, de la misma manera que una persona con cardiopatía no se parece a una con hipertiroidismo, cada una de éstas es independiente de sus orígenes psicodinámicos. No obstante, hay una causa única que está referida al ser biológico. La racionalidad de la naturaleza es la misma que la descubierta por el médico. Parece pertinente, aunque no por ello menos anacrónico, señalar a este respecto que el parecido entre enfermedades es una construcción; la estructura de bivalencia, de parecido o de diferencia no es natural, Lévi-Strauss, casi dos siglos después de este descubrimiento, señala:

> Las condiciones naturales no se experimentan. Lo que es más no tienen existencia propia, pues son función de las técnicas y del género de vida de la población que las definen y que les da un sentido, aprovechándolas en una dirección determinada. La naturaleza no es contradictoria en sí misma; puede serlo, solamente, en los términos de la actividad humana particular que se inscribe en ella; y las propiedades del medio adquieren significaciones diferentes según la forma histórica y técnica que cobra tal o cual género de actividad. Por otra parte, y aun promovidas a este nivel humano, que es el único que puede conferirles la inteligibilidad, las relaciones del hombre con el medio natural desempeñan el papel de objetos de pensamiento: el hombre no las percibe pasivamente, las tritura después de haberlas reducido a conceptos, para desprender de ellas un sistema que nunca está predeterminado: suponiendo que la situación sea la misma, se presenta siempre a varias sistematizaciones posibles (Lévi-Strauss, 2003:142).

La idea del diagnóstico psiquiátrico parte de este recorte imaginario que compara los cuerpos enfermos. En la medida en que se entienda a la enfermedad como una abstracción humana, se podrán entender otros cursos posibles para la misma, de hecho en el transcurso de la historia las sociedades la han considerado de diversas maneras; de igual forma diferentes grupos de una misma sociedad pueden tener una opinión discrepante; puede suceder también que no haya una opinión generalizada en todos los momentos históricos y en todas las sociedades o incluso, y esto es sólo parcialmente, que las ediciones de la clasificación propuesta por la American Psychiatric Association (DSM) y la Organización Mundial de la Salud (CIE) sean cada vez más extensas, es en sí mismo un síntoma de lo escurridizo que es el tema de la clasificación de sintomatologías.[6]

Enfermedad y contexto social

La locura es tan vieja como la humanidad misma, el hombre antiguo había intuido que la *estulticia* es más que la manifestación de un cuerpo defectuoso, que su dimensión no es solamente del orden de la materia física. En el siglo XVIII, las especializaciones del saber que se habían establecido en torno a la enfermedad mental, lejos de ser antagónicas eran complementarias; las opiniones, sin embargo, no fueron generalizadas, ya que a fines de ese siglo comenzaron a desarrollarse nuevas ideas, las cuales consideraban que las causas de la enfermedad mental no están en el cuerpo, orientando su atención hacia "causas lejanas", es decir, hacia aquellos elementos que provocan un malestar y que están fuera del sujeto. Esta concepción es vieja,[7] pero tiene rasgos nuevos que refieren a

[6] A este respecto, es importante considerar que la modernidad crea también nuevas formas de alienación: la organización de la sociedad y sus actividades humanas específicas en ciertos momentos históricos suelen provocar malestares; por ejemplo, las épocas de crisis económicas o de guerras son un buen ejemplo para la proliferación de nuevas enfermedades mentales.

[7] Recordemos esta concepción mítica en un pasaje del Antiguo Testamento, que narra cómo el rey Nabucodonosor es víctima de un castigo divino: la locura, causada por su exagerado ego: "[…] Con las bestias del

la desmitificación. En efecto, la sociedad occidental del siglo XVIII ya no ve con disposición de verdad tales narraciones, pero en el despliegue del discurso aún se siguen manteniendo contenidos temáticos o modalidades lógicas semejantes; en un nivel más abstracto de especialización se sigue creyendo que la enfermedad mental es más que una manifestación del cuerpo, el valor significante de tal intuición desarrolla el concepto de "medio ambiente", el cual se transforma en una causa lejana que puede influir en el enloquecimiento de cualquier hombre.

Una sociedad que no frena los deseos, una religión que no reprime, una economía que no da dicha a los sujetos, representan fuerzas del "medio" que penetran en la razón del hombre y que también pueden trastocar su cordura. Las causas de la enfermedad se vuelven parte de las actividades cotidianas; las estructuras fisiológicas del hombre común se comparan con la de los enfermos mentales; germina la idea de que el "medio" tiene la capacidad de amplificar y multiplicar los mecanismos fisiológicos y psicológicos de la sinrazón. La civilización, en este sentido, constituye un medio que provoca el advenimiento de pasiones (pena, terror, cólera) que a su vez perjudican la salud mental. La cultura ofrece nuevas oportunidades para alienarse, la otra cara del progreso es la alienación mental. Por ejemplo, entre los hombres de letras se creía que era el cerebro el que se endurecía y por eso eran más propensos a la demencia.

Ya desde el siglo XVI la literatura española adelantaba la idea anterior, representada por Miguel de Cervantes Saavedra, quien en 1605 publica la primera parte de su *Ingenioso Hidalgo don Quijote de la Mancha*. El personaje principal se ve encerrado en el mundo de la fantasía a causa de lecturas sobre caballería, espejo de la sinrazón de la sociedad y su producción literaria; el *Caballero de la triste figura* no es visto, sin embargo, por los actores de la novela como

---

campo será tu habitación —fue la sentencia con la que Dios castigó al rey Nabucodonosor—, y como a los bueyes te apacentarán [...] En la misma hora se cumplió la palabra sobre Nabucodonosor y fue echado de entre los hombres y comía yerba como los bueyes y su cuerpo se mojaba con el rocío del cielo, hasta que su pelo creció como plumas de águila y sus uñas como las de las aves" (*La Santa Biblia*, 2000:1180). Desde esta concepción, la locura, como se ve en tantos otros mitos de la humanidad, no proviene del cuerpo sino de causas lejanas a éste.

un ser patológico, sino como una divertida y trágica parodia que invita al mundo de la ensoñación, diferencia fundamental que determina el trato con aquellos seres del siglo XVIII, los cuales, en calidad de enfermos mentales, tienden a ser tratados de un modo distinto. La proliferación de las enfermedades mentales es entendida mediante la noción de "medio ambiente", como consecuencia de las crisis económicas, de las guerras, del cambio de la estructura social y de los valores tradicionales. Así, el incremento de los enfermos mentales responde a momentos históricos y es una manifestación de la sociedad. La enfermedad mental no sólo es una percepción del entendimiento humano, puesto que la sociedad también provee algunos elementos que propician la perturbación mental.

El tercer momento de la especialización del saber acerca de la enfermedad mental comienza cuando entra en escena este conocimiento sobre las "causas lejanas". A la medicina de las especies, que clasifica y coloca a los enfermos en categorías y a la medicina del cuerpo, que pone la enfermedad en el organismo del hombre, se suman una serie de puntos de vista críticos que consideran que la enfermedad no puede ser entendida sin el contexto de quien la padece; mares de tinta se derraman con esta concepción psicológica:

> John Locke [...] desarrolló una crítica de las ideas innatas cartesianas o platónicas y de la razón pura y estableció que todas las ideas se originan a partir de impresiones sensoriales (a través de la vista, del oído, del tacto, el gusto o el olfato). En un principio la mente es una hoja en blanco (*tabula rasa*) que luego se forma y moldea por la experiencia y se nutre por la educación [...] la locura es una falla en la cognición más bien que en la voluntad o la pasión (Porter, 2003:65).

Los dos puntos de vista que surgen de la división de saberes entre "causas próximas" y "causas lejanas" de la enfermedad prevalecerán simultáneamente en el discurso especializado. La psiquiatría del cuerpo, encargada de observar, clasificar, estudiar y recetar, y la psiquiatría del alma, encargada de establecer un diálogo con el enfermo y su medio, coincidirán asombrosamente bajo un mismo discurso: el de la sociedad. Estas dos visiones, fundamentadas en construcciones epistemológicas antagónicamente diferenciadas, logran una convivencia pacífica en la conciencia y en la creencia

de la sociedad, como si tales explicaciones tuvieran una dimensión mítica: conjeturas científicas que convergen armónicamente en el discurso familiar, poco importa que se trate de explicaciones opuestas. Las reminiscencias del saber-ideología se incrustan en la transferencia del investigador, en su producción científica, en sus métodos terapéuticos, en la historia biográfica con respecto a su contacto con la patología mental, en la necesidad inconsciente de entender o explicar el embrollo epistemológico que se ha creado alrededor de una de las patologías humanas más enigmáticas.

La institución psiquiátrica y la construcción del saber en torno a la enfermedad mental. Los planteamientos de Erving Goffman y Michel Foucault

> Cuando se hace de una persona un paciente, es para hacer del paciente, a continuación, un modelo de servicio.
>
> Erving Goffman

La construcción social de la enfermedad mental difícilmente se puede entender fuera del ámbito institucional. Las formas de exclusión social y la formación de grandes organizaciones de control social, de educación y medicalización de los cuerpos van de la mano. La figura del hospital centralizado, como la de las penitenciarías, adquiere una gran importancia. Es la dinámica del internamiento la que imprime un nuevo recorte sociológico a la enfermedad, en la medida en que el interés estriba ahora en el estudio de la institución. Y es que el nuevo ordenamiento espacial, temporal, reglamentario y organizativo que adquiere el hospital psiquiátrico se considera en sí mismo curativo. Dinámica institucional y modelo médico se empalman de forma tal que, como dice Foucault, el hospital es la extensión del cuerpo del médico:

> El asilo es el cuerpo del psiquiatra, alargado, distendido, llevado a las dimensiones del establecimiento, extendido a punto tal que su poder se ejercerá como si cada parte del asilo fuera una parte de su propio cuerpo, gobernada por sus propios nervios (Foucault, 2005:212).

Si partimos entonces de que la enfermedad mental es una construcción social, el estudio de ésta puede realizarse desde distintos

ángulos analíticos, como son: la estructura familiar, los vínculos emocionales o el organismo del individuo; de hecho, la realidad institucional impone un ritmo, un tiempo y delimita un espacio que incide directamente en la concepción del sujeto y de la práctica médica. De igual forma, las conjeturas e hipótesis parten de diversas teorías que pueden complementarse o no; por ejemplo, estudiar el sistema de parentesco supone un soporte y deslinde teórico muy diferente al estudio que se centra en el individuo exclusivamente (cierta psicología clínica, la psiquiatría tradicional).

Para Foucault, el nacimiento del hospital, como el de las penitenciarías, responde a una nueva realidad social que da paso a una forma diferente del ejercicio del poder. La transición de la omnipotencia del soberano al ejercicio de las tecnologías disciplinarias coloca a la institución panóptica en el centro del análisis. Se trata del poder terapéutico de la institución psiquiátrica o penal que se deriva de sus prácticas disciplinarias impuestas a los cautivos. Estas nuevas formas de producción de conocimiento, de saber y control, provienen de prácticas sociales y políticas medievales como las pesquisas impositivas, los controles en las épocas de peste o, más recientemente, por los ajustes practicados en las compañías de seguros. Todo ello derivó en la introducción del expediente biográfico, en la aplicación de exámenes para la normalización del sujeto y en su clasificación (a través de nociones tales como: peligrosidad, monomanía, retraso, etcétera). Jeremy Bentham es el autor de la utopía más acabada sobre el control social; la figura del panóptico como mecanismo autorregulador del comportamiento humano parte de la visualización total del espacio desde un punto central. De ahí la importancia en el discurso foucaultiano. El poder no es más atributo de alguien ni su función es sólo la de reprimir, también tiene un sentido positivo; su eficacia está precisamente en su fuerza metonímica de expansión, en su invisibilidad que se adhiere en el cuerpo y el alma de los sujetos. El poder circula, se multiplica y se intensifica por sí mismo. Dice Foucault:

> Panóptico quiere decir dos cosas: que todo se ve todo el tiempo, pero también que todo el poder que se ejerce nunca es otra cosa que un efecto óptico. El poder carece de materialidad; ya no necesita toda esa armazón a la vez simbólica y real del poder soberano; no necesita sostener el cetro en la mano o blandir la espa-

> da para castigar; no necesita intervenir como el rayo a la manera del soberano. Este poder es, antes bien, del orden del sol, de la luz perpetua; es la iluminación no material que baña de manera indistinta a toda la gente sobre la cual se ejerce (Foucault, 2005:101).

La arquitectura panóptica ejerce un poder colectivo desde el centro —como la luz de una linterna que observa—, pero su llegada es individual (recordemos la distribución de los espacios unicelulares), lo que facilita la ruptura de los lazos grupales. El panóptico es un sistema de anotación ininterrumpido en donde se transcribe y significa el comportamiento de los individuos; es un ejercicio del poder que atraviesa los cuerpos con el fin de internalizar la disciplina y la norma, sin olvidar que tiene efectos sobre la sociedad.

La crítica epistemológica de Michel Foucault a la verdad psiquiátrica se basa en la idea del "dispositivo", entendido como un campo significante de producción de juegos de verdad y, por supuesto, de poder. La verdad es fruto de un horizonte epistemológico, en donde determinados significantes sustantivos ordenan un campo social e institucional que explican la anormalidad, la patología, la anomalía, etc. Puede entenderse como un juego porque establece sus propias reglas, que dan cuerpo a un escenario de poderes en competencia, en donde se disputa una visión de realidad más legítima que otra. El papel de la institución psiquiátrica es importante porque delimita el espacio de discordia y el papel relevante de la disciplina en la producción del saber en el cuerpo de los internos, en su normalización.

Otra postura crítica en el mismo sentido la encontramos en Erving Goffman, quien afirma que esta apropiación del cuerpo por parte de los profesionales de la medicina no es en realidad un triunfo del conocimiento científico, sino consecuencia de la expansión del mercado de servicios profesionales:

> El afianzamiento de la concepción del cuerpo como una posesión que puede subsistir y recibir servicios profesionales —una especie de máquina fisicoquímica— suele mencionarse como un triunfo del espíritu científico seglar, cuando en realidad parece haber sido a la vez causa y efecto del creciente aprecio inspirado por todos los tipos de servicios de expertos (Goffman, 1992:335).

Para entender los límites del modelo médico en condiciones de hospitalización, Goffman parte de una situación de interacción contractual, propia del mundo moderno y tecnológico, en donde se establece una relación con el fin de obtener un servicio de reparación. Se supone que quien ofrece este servicio es un profesional, es decir, una persona (o institución) que tiene una competencia y un saber especializado con la que no cuenta el cliente. Goffman parte del análisis de los supuestos que se establecen en esta específica relación de interacción contractual entre el profesional, el cliente y su objeto (a modo de un tipo ideal). El intercambio que se pretende establecer parte de una lógica instrumental y técnica que abarca varias etapas: la observación, el diagnóstico, la prescripción y el tratamiento; la relación voluntaria del servicio, el derecho del cliente sobre su posesión, etcétera (Goffman, 1992:321-334).

Es interesante el parangón que establece Goffman entre una persona que lleva a reparar un objeto con un técnico (el taller es un lugar benigno) y el modelo médico de internación. La analogía entre el modelo de reparación y el modelo de servicio médico (en donde el sujeto enfermo es al mismo tiempo el objeto que requiere curarse), es duramente cuestionada por el sociólogo canadiense: desplazamiento epistemológico que, al pasar por alto la diferencia entre la materia de los objetos, provoca un control injustificado sobre las personas. No obstante, es posible esta homologación porque se parte del supuesto de que todo servicio profesional se lleva a cabo mediante los procedimientos del método científico. Siguiendo esta premisa técnico/instrumental es posible reparar cualquier cosa, incluso al complejo cuerpo humano.

Para Goffman, el hecho de que hospitales como el de Pennsylvania (edificado en el año 1756) tomen como modelo la relación de servicio, trae consecuencias sociales y políticas que van más allá de lo meramente médico, ya que la relación entre el cliente, su posesión y el experto se ve seriamente perturbada; de lo que ahora se trata es de la subjetividad y del cuerpo como lugar de intensa catexia. El médico defenderá su trato impersonal y a través de la cortesía (o de las normas para el manejo de los pacientes) eclipsará las emociones del futuro paciente, en colusión con algún familiar o tutor, quien tomará las decisiones en lugar del enfermo (podemos inferir que el problema es muy complejo en la medida en que se imbrican al menos dos instituciones, la hospitalaria por un la-

do, y la familiar por el otro y, por ende, dos sistemas de funcionamiento).

Recordemos que la normatividad institucional obedece a cierta racionalidad técnica, administrativa y de costos. Se sabe que el manejo de los pacientes se lleva a cabo en aras del orden, la disciplina, la higiene o la rehabilitación, aunque notamos que en ello se juega también la comodidad del personal. Interesa destacar este desplazamiento de los modelos de servicio al hospital psiquiátrico, en donde la aplicación de la teoría psiquiátrica borra las circunstancias sociales e individuales del paciente (restando importancia a los patrones familiares) ya que la teoría apunta a temas de carácter universal. Para Goffman, esta misma aplicación genérica de la teoría psiquiátrica facilita la equiparación entre las enfermedades orgánicas con la sintomatología mental:

> Así como dentro del sistema social cualquiera puede tener apendicitis, cualquiera puede presentar también alguno de los síndromes psiquiátricos elementales. A la uniforme cortesía profesional que se muestra a los pacientes corresponde una aplicabilidad universal de la doctrina psiquiátrica (Goffman, 1992:345).

Esto no implica que todos los casos no se ajusten al marco de referencia conceptual del modelo psiquiátrico, sin embargo, para el autor de *Internados* "hay otros [casos] que presentan dificultades muy evidentes, sobre todo en la categoría más vasta de todas, que incluye las llamadas psicosis 'funcionales'" (Goffman, 1992:346-347).

Se parte del supuesto de que el individuo es un objeto reducido a leyes racionales provenientes de la física o de la química y, como tal, es posible manipularlo. Pero las personas no son cosas a las que se pueda internar sin suscitar complejas implicaciones, por más que éstas sean minimizadas por los médicos. El cautiverio forzado provoca desórdenes emocionales, abusos de poder y conductas de resistencia que no son estudiadas como parte de una dinámica institucional, antes bien, estas últimas siguen siendo consideradas como parte del trastorno de la personalidad del paciente. Goffman, el sociólogo de la situación, acusado de llevar a cabo análisis asépticos (como si desconociera el problema de las clases y el poder), analiza el trato entre médico y paciente como parte de una

confrontación en torno al cuerpo, así, por una parte, el discurso psiquiátrico quiere atraer para sí un cuerpo que dice pertenecerle y, por la otra, el paciente insiste en su desobediencia, en sus indescifrables síntomas que sólo a él le pertenecen; se establece una lucha que sin duda imprime una dinámica distintiva a los procesos de interacción social en el interior del hospital y que bien pueden ser extensión de otro campo por desentrañar: la familia. En ese sentido, las ligaduras entre los sujetos y los sistemas institucionales son más complejas de lo que se cree.

Subrayemos la misma preocupación entre Foucault y Goffman en relación con el discurso psiquiátrico y su pretensión de inscribirse dentro de la práctica médica. Los dos autores señalan este desliz y lo consideran de otro orden analítico: el del control social. Hay que hacer notar, además, que la crítica de Goffman es complementaria a aquella otra que parte de su noción de “institución total” y al planteamiento sobre la “mortificación del yo” que, por cierto, deriva hacia los procesos de resistencia denominados por Goffman “ajustes secundarios”, “formas de adaptación”, etcétera. Sin embargo, en el proceso de intercambio y socialización, el cuerpo sigue siendo el centro del análisis goffmaniano. El cuerpo es ensamble simbólico, ego territorial, que es atravesado por el sentido de la interacción social y que adquiere su identidad en dicha situación. La institución total mortifica al sujeto porque lo desarticula al someterlo a un colectivo bajo un plan racional que obedece ciertos ideales, pero que soterradamente aliena al interno. El ordenamiento del tiempo y el espacio es absoluto y borra toda distinción entre la esfera íntima, privada y la pública. La institución total implica al sujeto y lo define desde su perspectiva, de forma que le es arrancado todo referente identitario. Michel Foucault insistirá en una noción positiva del poder, es decir, en tanto una práctica que produce y no sólo reprime o castiga, de ahí la importancia de nociones como la disciplina, la clasificación, el examen, el expediente y la normalización; todas ellas referidas al cuerpo.

A diferencia de este universo disciplinario y panóptico, Goffman apunta hacia los fundamentos del modelo psiquiátrico guiados por el modelo mercantil de prestación de servicios. Nuestra postura es que cualquier ideal de readaptación (educativo, de salud, penal, etcétera) llevado a cabo en condiciones de cautiverio forzado se pervierte; la versión psiquiátrica no es la excepción y presenta sus

propias razones. Empezando por el mandato de protección que se abrogará el psiquiatra en favor de la comunidad y en contra del peligro y las molestias que producen ciertas conductas irregulares. Profundicemos un poco más al respecto. Sabemos que los síntomas del sujeto tienen efectos directos sobre los procesos de intercambio social ya que, para decirlo rápidamente, la locura enloquece el contexto social. El enfermo mental no respeta el orden de la interacción, le es difícil establecer lazos con el otro, su comportamiento es el de un entrometido que compromete la ritualidad, las normas y las buenas maneras del juego social (Goffman, 1979:328-379).

Es precisamente esta nivelación entre síntomas orgánicos y sociales lo que justifica el papel del psiquiatra como encargado de resguardar el orden y el control de los cuerpos, confundiéndose las bases de razonamiento lógico de la ciencia médica con las prácticas institucionales de disciplina y control. Como afirma Goffman: "las irregularidades de conducta social y los elementos visibles de la patología orgánica se congregan en una comprobación perfecta de la aplicabilidad del modelo médico" (Goffman, 1992:346). El rol de custodia del hospital psiquiátrico modifica la relación de servicio por una relación de mando entre el médico con el paciente (Goffman, 1992:347); traslada la jurisdicción médica hacia el interior de la organización hospitalaria, por lo que el sujeto pierde control sobre su internamiento y sobre su voluntad (lo que es fuente de resentimiento). Así, tenemos dos movimientos que justifican la analogía entre todas las enfermedades mentales y las propiamente médicas: *a*) el desplazamiento del modelo de servicio general hacia la medicina, *b*) la concatenación de los síntomas sociales (morales, normativos, rituales) con los síntomas médicos. Un elemento más que afirma la necesidad de control y cura: la benignidad del hospital:

> Se opera así una refracción de la conducta, en la que las paredes de la institución actúan a manera de prisma grueso y defectuoso. La escasa validez de las pruebas que puedan obtenerse cuando las personas están sometidas a una tensión semejante, parecería hacer de la sala el peor lugar posible para las observaciones de un servidor (Goffman, 1992:354).

Estudiar, diagnosticar o curar a un sujeto en condiciones de internamiento requiere una reflexión sobre el papel que juega el me-

dio ambiente. De igual forma, es importante conocer cuáles son las consecuencias alienantes provocadas por la institucionalización hospitalaria.[8] Al respecto, Maud Mannoni señala en su libro *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis* lo siguiente:

> El medio cerrado del hospital psiquiátrico crea, es cosa sabida, una enfermedad "institucional" que se agrega a la enfermedad inicial deformándola o fijándola de un modo anormal. El medio hospitalario se asemeja a las estructuras de una vida familiar coercitiva y favorece el desarrollo de una nueva enfermedad, específica de la institución misma (Mannoni, 2004:20).

[8] La criminología marxista ya criticaba el hecho de analizar la personalidad del delincuente en condiciones de institucionalización forzada. Esto provoca una fuerte distorsión en el objeto de estudio dado que el individuo se encuentra en un medio ambiente que le afecta; un ex director del penal de Santa Marta Acatitla declaraba que algunos asesinos se comportan ejemplarmente dentro de prisión, mientras que sucedía lo contrario con determinados primodelincuentes. Sabemos también que las reglas del juego informales que establecen y respetan férreamente los presos inciden en la dinámica grupal, en los intercambios, en la apropiación de los espacios y en la conformación de poderes paralelos a los reglamentos oficiales.

Límites y alcances del modelo médico-psiquiátrico en condiciones de internamiento hospitalario

Hermana: Sí, sí tiene alucinaciones. Habla con Pedro Infante, habla con el Papa, me cuenta cada historia. Me divierte mucho hablar con mi hermano, y trato de ubicarlo: son alucinaciones auditivas —visuales no—, escucha muchas voces. Aunque, ahorita, está platicando con nosotros [...].

Paciente: Sí, hablo con Pedro Infante. Sí existe.

Hermana: Pero no le dice al doctor. Le digo: cuéntale al doctor. Y contesta: no, van a decir que estoy loco.

Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

La experiencia de comunicarnos con otra persona es en sí compleja y digna de interés; a veces creemos entender de la misma forma una cierta temática, pero conforme se exponen los argumentos nos percatamos con sorpresa de que nuestro interlocutor entiende algo muy diferente a lo que pensamos; probablemente cada uno de los razonamientos se originen, como dice Bateson, en tipos lógicos diferentes. Recurrentemente esto sucedía al platicar con los médicos psiquiatras.

En cierta ocasión, uno de los médicos psiquiatras me invitó a desayunar en el comedor del hospital. La posibilidad de llevar a cabo la investigación todavía no se planteaba y sólo afinábamos detalles en relación con una visita de observación con los alumnos

de la carrera de sociología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ahí, junto con otros dos médicos, la conversación derivó hacia el tema del autismo; de forma directa yo refería a los planteamientos de la teoría psicoanalítica sobre el lugar que asignaba a la violencia en la devastación simbólica de los niños; el repliegue hacia el interior, el mutismo y la indiferencia aparente hacia todo aquello que los rodeaba, argumentaba que no era sino el efecto de aquella violencia emocional que el infante sufría. Uno de los médicos me respondió que se había enterado del caso de dos niños abandonados por su madre en una precaria choza en alguna colonia marginal; la prueba de que el autismo es de origen orgánico —me respondía— era que ambos pequeños mostraban los mismos síntomas corporales. La discusión había quedado saldada. El médico no mencionó el abandono de la madre, el quiebre del vínculo emocional, el desamparo, el hambre y el vacío en el que, cara a cara, como en un espejo engullidor, se quedaron estos niños. Esto no le parecía importante dentro de su esquema referencial.

Para el médico cada cuerpo es, por definición, independiente, y el hecho de que exista una misma alteridad sintomática demuestra la objetividad de la enfermedad. Hablábamos de un mismo tema, aparentemente compartíamos un mismo lenguaje, pero entendíamos cosas radicalmente diferentes, lo que me causaba una sensación de extrañeza e incomodidad, sobre todo porque toda posibilidad de reflexión se cerraba. Y es que, al remitir invariablemente al origen orgánico de toda enfermedad mental, el médico psiquiatra encuentra una explicación firme que además tiene la ventaja de sepultar cualquier otra interrogante que muestre una realidad incómoda. El foco de atención psiquiátrica es el cuerpo como un sistema cerrado, complejo sí, pero a fin de cuentas preparado para responder a las leyes de la ciencia biológica.

Sabemos que una depresión puede desencadenarse por la muerte de un ser querido, por problemas económicos o familiares graves, etcétera. Sin duda, esto puede provocar cambios bioquímicos en el organismo de quien la padece, por eso es que el psiquiatra insiste en realizar una valoración y así prescribir el medicamento adecuado; no ignora que los sucesos que ocurren en la vida de una persona pueden ser los causantes de su malestar, pero lo esencial para él es el efecto provocado en el organismo, de ahí la importancia que le otorga al diagnóstico clínico. Ahora bien, toda evalua-

ción clínica conduce a la individualización de la enfermedad, a la exploración de la persona que, a fin de cuentas, es la única que siente y vive el malestar. En ese sentido, nada justifica para un médico buscar las causas de la enfermedad fuera del individuo que, gracias a su dolor, hace objetiva a la enfermedad, la patentiza en su carne, por decirlo de algún modo. Es cierto que el expediente pretende ser integral e indagar sobre las causales del malestar; no obstante, dicho expediente minimiza la dinámica y la naturaleza de las relaciones sociales, la historia del sujeto y la naturaleza de los vínculos que forman parte de su vida. El expediente, en la medida en que *registra* datos vitales, es muy importante para el médico, pero en cuanto a la *explicación* de una dinámica intersubjetiva, es un documento muerto.

Por eso, a nadie sorprende que la apreciación última del médico recaiga sobre el sujeto de la misma forma que, en las penitenciarías los exámenes, los estudios criminológicos y las clasificaciones se aplican a cada prisionero. En ese sentido el problema de la enfermedad, como el del delito, se limita al orden de lo individual, como si el sujeto estuviera al margen de toda socialización.

La enfermedad es también una construcción social y está atravesada por las relaciones históricas y culturales de cada nación; un ejemplo de ello es la forma como es tratado el paciente mental. El trato va más allá de una terapéutica fundamentada en principios orgánicos y supuestos científicos. Se reconoce que la enfermedad mental es consecuencia de una lesión cerebral, y también se reconoce que el cigarrillo daña a las neuronas; no obstante, a los pacientes hospitalizados se les permite fumar; esta permisividad no se acepta con otra clase de pacientes, lo que muestra que existe un recorte fantasmático para cada enfermedad (para el caso mental es posible que esté en juego la incurabilidad del paciente).

El médico psiquiatra equipara a la enfermedad mental con el resto de las enfermedades orgánicas. Ante el cuestionamiento de que el medicamento neuroléptico no alivia y sólo controla a los pacientes, el psiquiatra responde que la diabetes o ciertos tipos de cáncer de igual forma no tienen remedio, y que la función del psiquiatra, como la de cualquier otro médico, es la de controlar la enfermedad. En principio, el parangón entre la locura y el cáncer o la diabetes es fastidiosa (deja una sensación de insatisfacción epistemológica), tal vez porque estas enfermedades no pertenecen a la misma categoría de conjuntos lógicos.

Sabemos, gracias a los estudios realizados por Michel Foucault, que la forma de concebir a la locura no fue siempre la misma, y que el discurso médico se la apropió para hacer de ella una enfermedad más. Y es que al definir a la locura dentro del campo del conocimiento del sujeto, dentro de su alma y cuerpo, los síntomas no pueden sino pertenecerle; de ahí que se insista en su objetividad y en igualarlos con el resto de las anomalías orgánicas. A fin de cuentas, la práctica médica, decíamos, enfoca sus conocimientos al funcionamiento del cuerpo, en tanto conjunto de órganos que cumplen una función y responden a determinadas necesidades vitales; así, los psiquiatras, como otros especialistas, toman como base a este cuerpo desquiciado, que da legitimidad a la práctica hospitalaria y medicamentosa del sujeto. El problema estriba en saber si la actividad psiquiátrica en condiciones de hospitalización es de la misma naturaleza que la práctica médica.

Avancemos un poco más. El curso de profesores dictado por Foucault en el Collège de France —editado bajo el título de *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2005)— refiere sistemáticamente a la práctica psiquiátrica como un poder disciplinario y a la apropiación de la locura por el saber psiquiátrico; esto último va a establecer una verdad fundamentada en una realidad: la del funcionamiento disciplinario del hospital. Las reflexiones foucaultianas establecen la relación entre la observación, el diagnóstico o el reconocimiento nosográfico propio del mundo médico, con las prácticas disciplinarias que atraviesan los cuerpos de los internos (temas como la microfísica del poder y el panoptismo destacan en este nivel de análisis). El problema se traslada a un escenario en donde se confrontan la voluntad del médico —y sus representantes— con la verdad insensata del enfermo. Destaca también la labor de indagación genealógica que observa el predominio de unas nociones sobre otras, nociones que delimitan y configuran un campo de conocimiento, un dispositivo de saber, control y poder.

En este último nivel de análisis —el del campo significante— Michel Foucault descifrará la argamasa de la que está compuesto el discurso psiquiátrico y que permite aclarar la inquietud con la que iniciamos este apartado y que puede resumirse en la pregunta: ¿es válido equiparar los síntomas psiquiátricos con las enfermedades propias de la medicina clínica? De ninguna manera se trata de descalificar a la neurociencia o de negar enfermedades como la

epilepsia, la meningitis, la arterosclerosis cerebral o las provocadas por tumoraciones u otro tipo de lesiones, pero es importante reconocer que la *práctica psiquiátrica institucional* rebasa sus funciones y muchas veces patologiza eventos de carácter moral o social por medio de analogías conceptuales que pretenden tener valor científico.

Los argumentos del psiquiatra parten, como es natural, de un cuerpo biológico que responde a las leyes de la química o de la física y, por ende, es susceptible de medición. El cerebro humano es un órgano que, como todos los demás, es susceptible de lesionarse, como le puede suceder al hígado o al corazón. El descubrimiento de la lesión orgánica en el cerebro se observa en las transformaciones de los campos eléctricos y en las variaciones químicas, y es aquí donde se reconoce el principio de la anomalía. En ese sentido, la psiquiatría, puede decirse, opera de la misma manera que la medicina clínica.

El problema consiste en conocer si ambas prácticas funcionan con la misma lógica. Un ejemplo ilustrativo es representado por el problema de las mediaciones establecidas entre lo que se observa y lo que se deduce. La lectura del encefalograma es interesante al respecto; las variaciones eléctricas que presenta un esquizofrénico son prueba de la existencia de la enfermedad. No se trata de poner en entredicho las variaciones cuantificadas, se trata de saber qué relaciones pueden establecerse con el proceso del pensamiento y con el comportamiento a partir de aquéllas. Derivar de una cuantificación un diagnóstico clínico no sólo tiene consecuencias epistemológicas importantes (referidas precisamente al problema conceptual de las mediaciones), sino también efectos en prácticas concretas. Al medir, cuantificar y reconocer la actividad eléctrica neuronal, se procede a una determinada terapéutica que justifica el llamado Tratamiento Electro Convulsivo (TEC).

Al parecer, lo que se ve no se juzga. Al igual que las sillas giratorias utilizadas en los hospitales en el siglo XIX para calmar a los agitados, los efectos sedativos logrados con la aplicación del TEC, son un argumento adicional para confirmar el beneficio obtenido. Sin embargo, esta forma de atacar el problema lo escamotea y revela que los discursos muchas veces no escapan a las reglas de asociación, desplazamiento y condensación propias de lo que Lucien Lévy-Bruhl denominaba “pensamiento mágico”. En efecto, la

aplicación de corriente eléctrica pretende corregir los campos eléctricos cerebrales, se equipara así "la energía aplicada, con la energía cerebral": lo semejante produce lo semejante (o su contrario). En este mismo sentido, la consecuencia lenitiva de la aplicación de un TEC se asocia a la cura médica (sin reflexionar demasiado en torno al problema del daño cerebral). Para decirlo en términos simples, la electricidad con electricidad se cura, de tal suerte que el razonamiento no toma distancia del pensamiento mágico.

Foucault afirma que la práctica psiquiátrica requiere, para legitimarse, de un cuerpo orgánico, de la misma forma que lo tiene la tradicional práctica médica; la historia de esta búsqueda se da por varios caminos, como el de la hipnosis, la conformación del expediente biográfico o la experimentación con la droga. Cada una de las prácticas anteriores es un intento por atraer al cuerpo hacia este nuevo campo de saber-poder. Para Foucault no existen pruebas de *verdad* científica sino de *realidad* que son organizadas por el discurso del saber-poder y que retranscriben los síntomas y las demandas del sujeto en el campo de la enfermedad.

Recordemos el *dossier* presentado por Foucault sobre el parricida Pierre Rivière; los incisivos interrogatorios de los jueces y los diagnósticos médicos buscan el motivo del acto homicida en la biografía de Pierre Rivière, en esa historia contada por familiares y gente del pueblo que narra las travesuras que evocan el futuro acto criminal. Pierre Rivière hace insuficiente, con este acto terrible y loco de matar a su madre, a su joven hermana y a su pequeño hermano, al discurso jurídico, que tiene que apoyarse en el saber del psiquiatra para encontrar el motivo del delito y, con ello, hacer jurídicamente razonable la condena. El debate entre los médicos es interesante porque introduce la noción de monomanía como elemento explicativo de la enfermedad mental. Asimismo, la aparición del concepto de peligrosidad evita que se declare jurídicamente inimputable a Pierre Rivière y con ello dejarlo libre. Foucault destaca una serie de calificativos que conforman el expediente y el interrogatorio, mismos que van acotando un campo ilusorio sobre el sujeto. De hecho, para Foucault ésa es la función que van a cumplir los pródromos, es decir, la de posibilitar las asociaciones entre un campo lógico y otro (por ejemplo, las quejas de comportamiento pasan de ser elementos morales o judiciales a síntomas subjetivos de conciencia). La búsqueda de estas marcas de disposición son

las que le van otorgando sentido a la biografía de un individuo; como cuando se piden muestras de lo que se ha dicho y hecho en la vida, o cuando se buscan antecedentes de la enfermedad en parientes ascendientes o colaterales. En el caso Rivière, al inscribir la anomalía en su historia personal (un niño que gustaba de sacrificar insectos, de maltratar a los caballos o de jugar bromas pesadas, conocido como idiota, de caminar extraño, etcétera), inscribe a la locura desde antes del acto homicida. Los interrogatorios y la confesión abren un campo de lucha entre las instancias (médico y judiciales) y el criminal. La confesión anuda el reconocimiento y la actualización de la locura (Foucault, 2005:308-315). Y es sobre esta base de pruebas de *realidad* —que no de *verdad* científica— sobre la que se realiza un diagnóstico diferencial, a semejanza del que realizan los médicos. Pierre Rivière, el muchacho de "los ojos rojizos", "el frío iluminado", era calificado por el médico Bouchart como "obstinado", "violento", "de malos instintos", "sombrío", "soñador", "con disposición a la crueldad", de "temperamento bilioso y melancólico". El diagnóstico final afirma que no hay enfermedad mental.[9]

Como mencionamos, de acuerdo con Foucault, durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, el discurso del poder psiquiátrico se apropia del cuerpo orgánico por medio de tres vías: la construcción de la biografía en un expediente, la experimentación de la droga y la práctica de la hipnosis. Cada una de estas prácticas se asemeja a las actividades que realiza un médico tradicional, y de hecho son equiparadas, pero para Foucault no son de la misma naturaleza. Ya vimos cómo el expediente psiquiátrico está plagado de juicios de valor y epítetos aderezados dentro de un discurso con pretensiones de cientificidad, de la misma forma que la experimentación con la droga permitirá hacer el parangón con las fases de la locura, o la inducción por sugestión hipnótica producirá los síntomas controlados que requiere el médico psiquiatra para legitimar no sólo la existencia de la enfermedad y su localización en el cuerpo, sino también la presencia del psiquiatra. El psiquia-

[9] En este momento nos interesa la conformación diferencial del expediente psiquiátrico con base en este tipo de asociaciones de realidad, así como de los desplazamientos y transcripciones hacia la sintomatología psiquiátrica (Foucault, 2001:140).

tra nace con las histéricas y la función que Foucault le atribuye a Charcot no es precisamente la más loable. La psiquiatría, afirma Foucault, hace aparecer el cuerpo del enfermo por medio de la hipnosis, es decir que el médico pide síntomas y las histéricas responden, lo que implica la manipulación de las funciones elementales del cuerpo. Se tiene por fin al alcance el cuerpo orgánico, pero es un cuerpo acotado desde un campo imaginario (Analogon) (Foucault, 2005:325).

Es a partir de la segunda mitad del siglo XIX que se observa este nuevo dispositivo de captura del cuerpo del enfermo y que hará surgir este "cuerpo neurológico" que apunta a la localización anatómica y observación clínica como lo viene haciendo la medicina general. Según Foucault, los procedimientos no son similares ya que los signos del cuerpo son significados de manera distinta. Así, mientras el médico cirujano busca un "estímulo" para provocar un "efecto" con el fin de señalar las lesiones en un punto determinado, los psiquiatras descifran los signos como respuestas inmediatas de una disfunción (correlaciones musculares, sinergias).[10] Hay un regreso a una mirada de tipo impresionista que hace resurgir valores de superficie que buscan, en su captación, respuestas directas; es una clínica de la asignación corporal de la intencionalidad del sujeto (Szasz, 2002:342-344). La introducción de la anomalía y de la lesión orgánica señala la duda: ¿hasta dónde se sigue acotando, por parte del psiquiatra, un cuerpo fantasmático?[11]

[10] El profesor Thomas Szasz comparte esta crítica cuando dice: "La operación del mismo principio es aparente en la identificación y la clasificación de todas las enfermedades corporales: es decir; los cambios macroscópicos patológicos en los órganos, los cambios microscópicos en los tejidos o las células, las invasiones microbianas, etc., se observan primero; y el nombrar de una manera precisa a las enfermedades ocurre después. Esta secuencia ha sido invertida y corrompida sistemáticamente en la psiquiatría: el nombrar de una manera precisa, o más bien pseudoprecisa, a las pretendidas enfermedades, ocurrió primero; y la existencia de la patología morfológica fue postulada, pero nunca se descubrió" (Szasz, 2002:165).

[11] *Paciente*: Hola. *Sociólogo*: Hola, ¿cómo estás? *Paciente*: Bien, pero no me hagan nada. *Sociólogo*: Nooo, ¿cómo crees? *Paciente*: No me hagan nada, ¿sabes por qué? *Sociólogo*: No, ¿por qué? *Paciente*: Porque mi médico ya sabe, mi médico ya sabe, pero yo con tanta bolsa que tengo en el cerebro [...] ¿qué puedo hacer con los doctores? Yo les puedo dar sabiduría, yo les puedo dar a que vean lo de la cabeza, a que vean lo del cuerpo, a que vean el corazón, los intestinos, el estómago, páncreas, esófago, lo que es

Erving Goffman concuerda en que las verdades médicas no se someten a prueba, y ello por varias razones: *a*) por el mandato legal que asume el médico sobre el destino del paciente, *b*) por una tradición médica que se sustenta en una "experiencia clínica" basada en relatos y casos de cura, *c*) por una ideología médica autoprotectora, que va desde la publicidad tecnológica, hasta el cinismo del rol, *d*) por las historias clínicas que demuestran la intrusión paulatina del mal, *e*) por un marco de referencias técnico que sustentan una perturbación de la conducta (Goffman, 1992:365-368).

Ambos autores coinciden en la importancia del diagnóstico patológico; para Goffman, al nombrar a la enfermedad con un concepto (como el de esquizofrenia, personalidad psicopática, etcétera) se obtiene una visión esencial del carácter del sujeto, borrando cualquier otra cualidad funcional del paciente. En ese sentido, las categorías se transforman en "procedimientos mágicos", ya que nombrar a la enfermedad no implica explicarla en su dinámica y etiología, antes bien, el sujeto es, simplemente, etiquetado y coagulado en un perfil patológico. Como ya lo mencionamos, esta transformación del sujeto en paciente y de paciente en objeto por reparar, proviene —según Goffman— del modelo mercantil de los servicios, situación que supone una concepción organicista sobre el cuerpo, es decir, de un objeto fisicoquímico que funciona como un sistema cerrado, patológico y rectificable que necesita de un profesional experimentado y con conocimientos especializados para su tratamiento.

Con esta perspectiva, la práctica médica es impermeable a otras posibilidades de explicación en torno a la sintomatología del individuo, y principia por descartar cualquier crítica en torno a su manejo; el individuo es considerado un peligro para la sociedad y es sobre este imaginario que actúa la psiquiatría institucional, única capaz de manejar y controlar cualquier eventualidad. En ese sentido, dice Goffman, la psiquiatría ejerce su práctica en la idea de "mandato de peligro", mandato que implica impedir cualquier acción torpe por parte de una persona no preparada; el paciente, al definirse como peligroso, justifica y corrobora el modelo médico y hospitalario.

---

todo eso, glándulas, glándulas y ¿qué más? *Sociólogo*: No sé (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

SEGUNDA PARTE

INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA, DELIRIO Y FAMILIA

Familia y vida cotidiana dentro del sanatorio psiquiátrico

Paciente: me pierdo, me pierdo mentalmente, tengo como amnesia, pero eso es el único problema que tengo, pero me descuidé porque me checó el doctor. Por eso cuando platico con ustedes saco mucho el tema mental. Le pregunto [al doctor] si es un asunto mental ese que tenemos aquí —señala su cabeza— y dice que sí, que es de la mente. Si domino la mente con una fuerza mental tremenda me supero, salgo de mi problema. Domino la mente, domino la amnesia, domino todo: ya me doy de alta.

Notas del diario de campo

¿Cuál es el tipo de realidad que se organiza dentro del hospital psiquiátrico? De esta pregunta podemos partir para el análisis de la institución moderna. Los montajes para la obtención de conocimiento, de afirmación de una realidad y con ello de una verdad, no siempre han sido iguales. El hospital psiquiátrico no siempre fue reticente al delirio y sus opiniones referentes al papel de la familia en la etiología de la enfermedad han variado, como lo ha expuesto Foucault. Los médicos podían adentrarse en el delirio y llevarlo hasta sus últimas consecuencias con el fin de revelar su mentira. Como aquel loco que se siente perseguido por su sirvienta y ésta es sometida a la ley, previo acuerdo de todos los afectados, quienes montan el teatro respectivo. Para Foucault, el hospital es un espacio de confrontación de fuerzas. Se trata de quitar el poder a la locura, de abatir su omnipotencia, la certeza de la imagi-

nería que la habita, de imponer la razonabilidad de una realidad organizada en el trabajo, en la importancia del dinero. El hospital tiene la misión de repetir la cotidianidad de la vida, sus normas, disciplinas y buenas maneras, pero de una forma intensa, panóptica, cerrando las posibilidades de la elección libre, evitando las ocurrencias individualizadas, los deseos impertinentes. Sobre los parámetros del cautiverio forzado se conforman los supuestos sobre los que se erige esta realidad densa, que somete al individuo a las reglas de la necesidad, de la obediencia a partir de su cuerpo, cuerpo que requiere del alimento, del sueño, del permiso para defecar. Ante el delirio, el tiempo y el espacio se estrechan en el universo psiquiátrico. El discurso institucional organiza un campo significante en torno al trabajo, la comida, el dinero, el control de los esfínteres. Cada una de estas dimensiones atraviesa el cuerpo de los perturbados con la finalidad de anclarlos a los designios de la eficacia. La institución psiquiátrica representa un gran esfuerzo por sostener un teatro que, como dice Goffman, termina por pagar un fuerte tributo, en aras de mantener una ilusión:

> La limitada aplicabilidad del modelo médico a los hospitales psiquiátricos, acerca allí a un médico que no se atreve a concebir su actividad en términos ajenos a la medicina, y a un paciente, que acaso se aferra al deber de combatir y odiar a sus custodios, para que tenga algún sentido el agobio que soporta. Los hospitales psiquiátricos montan una especie de farsa de la relación de servicio (Goffman, 1992:362-363).

La institución establece una dinámica que estructura un escenario; éste opera sobre ciertos supuestos de verdad: el modelo de la reparación para Goffman, el dispositivo de control, para Foucault. Se trata de estudiar el sentido del discurso médico y de cómo éste se retraduce en la situación psiquiátrica y legitima sus acciones dentro del campo de la objetividad científica.

Entre lo instituido y lo instituyente: relaciones institucionales y familiares

Sociólogo: ¿Le das importancia al delirio?

> *Enfermera*: Realmente no tienes el tiempo para escucharlas. Simplemente con sus movimientos o gestos ya sabes que están delirando o se van a poner mal; aprendes a detectar y ya sabes lo que sigue. Por ejemplo, determinada paciente que empieza a ofender, sabes que pronto va a golpear o que se va a tirar. Ya sabes porque sus síntomas te demuestran lo que está repite y repite. Hay pacientes que te dicen de su vida, lo que les sucedió y así de nuevo. Ya me lo sé de memoria [...].
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

El Sanatorio Psiquiátrico del Carmen es una institución subrogada del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tiene la finalidad de atender a pacientes con problemas de salud mental.[12] Para que los pacientes puedan ingresar al Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, en Tláhuac, deben estar afiliados al IMSS y haber sido diagnosticados y tratados psiquiátricamente en algún momento por las instancias del mismo IMSS, las cuales deben avalar la "enfermedad mental" para poder ser canalizados al sanatorio, por ser considerados pacientes crónicos y por lo tanto candidatos para internamiento prolongado; todos los pacientes deben contar con la mayoría de edad y presentar el diagnóstico, que será reevaluado y aceptado para su ingreso. Los enfermos mentales que comúnmente llegan al sanatorio son diagnosticados con alguna psicosis específica (definida por alguna clase de esquizofrenia); asimismo, incluyen a los sujetos con trastornos por accidentes y por disfunciones cerebrales (como los provocados por abuso de sustancias psicotrópicas); todos ellos reconocidos por el ambiente médico como pacientes crónicos. Cabe señalar que muchos de estos pacientes internados tienen una trayectoria institucional en el medio psiquiátrico.[13]

[12] El Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, S.A. de C.V., está ubicado en la avenida Tláhuac, número 6148, Colonia Zapotitlán, Delegación Tláhuac, México, Distrito Federal, C.P. 13300.

[13] Como lo reconoce durante una plática la madre de uno de estos pacientes: "este lugar —el sanatorio psiquiátrico— lo conocí cuando todavía era de particulares, aquí trajimos a mi hijo y por eso lo conocí y me gustó el lugar. Lo llevé a muchos lugares, en las granjas, en el hospital de Cholula, en el Fray Bernardino, en muchos. Y es que no lo aguantaban en nin-

En ese sentido, el sanatorio sigue los lineamientos propuestos por la Secretaría de Salud. Uno de los objetivos sustantivos de la institución es el de realizar los diagnósticos y las valoraciones pertinentes a cada paciente para definir su estado de salud permanentemente. Un requisito importante para llevar a cabo lo anterior es la participación de la familia en las pláticas y recomendaciones que establece el sanatorio. Se trata, a decir de las autoridades, de fortalecer el vínculo familia/paciente/institución en el sentido de hacer conciencia de la enfermedad y de la situación que guarda el paciente.

El sanatorio parte de una *misión* y una *visión* que regula la planeación estratégica del lugar. La evaluación diagnóstica del establecimiento se realiza a partir de: *1*) las Fortalezas, *2*) las Oportunidades, *3*) las Debilidades, y *4*) las Amenazas. Este cuadrante es denominado FODA (por las iniciales de cada nivel).

En el momento de la intervención, durante el año 2005, el sanatorio psiquiátrico contaba con una población total de 78 internos, de los cuales 52 eran varones y 26 eran mujeres. El parámetro de edad donde se encuentran la mayoría de los internos va de los 40 a los 50 años. Si bien existe una diversidad de diagnósticos entre los que destacan los trastornos por accidentes, las disfunciones cerebrales y los provocados por abuso de sustancias psicotrópicas, la enfermedad más recurrente está dentro de las categorías de la denominada esquizofrenia (paranoide, progresiva, orgánica, indiferenciada, etcétera).

El hospital sigue una rutina perfectamente establecida, de tal suerte que todas sus actividades están programadas bajo estricto horario. Incluso, los menús de comidas se establecen dependiendo el día de la semana, de forma que se sabe qué se comerá, por ejemplo, los días martes. El alimento es realizado en la cocina y es el mismo para toda la población que integra el sanatorio. Desde temprano son levantados los pacientes y trasladados a los baños para ser duchados,[14] luego son auscultados cada uno de ellos por

---

guna parte y lo trasladaban. Era tremendo, mi hijo se escapaba y llegaba a la casa. Se escapó de Cholula, Puebla y llegó a la casa, ¿cómo? No sé cómo llegó. Hasta los doctores decían que no sabían cómo llegaba" (notas del diario de campo).

[14] *Enfermera*: "Las asistentes de enfermería se encargan de bañar a los pacientes que requieren más cuidados (como los que están en la silla de rue-

el médico y la enfermera asignados; esta última lleva a cabo las prescripciones del médico al pie de la letra, después pasan a desayunar y a realizar las labores de terapia grupal, trabajo artesanal, etcétera. Debido a que una vez que se sale del dormitorio no se puede ingresar hasta que llega la hora de acostarse, hay internos que deciden quedarse sentados o durmiendo en los jardines y patios. A medio día, la población es medicada y alimentada.[15]

Conflictos, sexualidad y accidentes: las intercurrencias

La institución reconoce la interacción de las relaciones sociales e institucionales, el intercambio de obligaciones, el respeto por los derechos humanos, aspectos que son valiosos para su funcionamiento y el reconocimiento por parte de las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Médicos, enfermeras, autoridades, custodios y familiares a través de sus prácticas reproducen variadas formas de control sobre los internos, no obstante, inevitablemente, todas las personas se ven implicadas en la rigidez de las normas que promueven.[16] Todos los actores institucionales viven esta di-

---

das). Hay pacientes que están, en lo que cabe, en sus capacidades para poder bañarse y cambiarse de ropa solos. Les das el shampoo, el jabón, su ropa" (notas del diario de campo).

[15] El personal de custodia reconoce cuando los pacientes se ponen más "inquietos" y el jefe de vigilancia comenta que es mejor sacarlos, para evitar confrontaciones. Los pacientes, para comer, están ordenados en función de su incapacidad: *1*) aquellos que requieren asistencia directa, es decir, que es necesario que enfermería les dé los alimentos en la boca, *2*) los que son vigilados a corta distancia porque son susceptibles de atragantarse con el alimento, y *3*) los que son vigilados a distancia porque pueden valerse por sí mismos. Poco antes de comer la enfermera y un trabajador pasan a distribuirles el medicamento a cada uno de los pacientes. Charolita en mano la enfermera, y conos de papel y agua el trabajador, localizan y llaman a cada enfermo para que ingiera sus pastillas (notas del diario de campo).

[16] El jefe de vigilancia está al tanto de los descuidos de la limpieza del lugar; de acuerdo con el área, hay un responsable. Comenta que, el día de ayer, una paciente fue operada del tobillo porque al convulsionar cayó y se fracturó. Se habla de la importancia de la vigilancia para preservar la salud física de los pacientes. Refiere que alguna vez un paciente tenía una fractura arriba del tobillo, de la cual se percataron dos días después porque un trabajador notó morada la pierna y la tocó. Al gritar el paciente,

námica, la conocen y la sostienen, aunque no todos logren expresar con claridad el sentimiento de atolladero del cual forman parte. Y si los delirios, los sentimientos y deseos del paciente mental deben pasarse por alto, en aras de la seguridad, de la higiene, la salud o el orden, ello no significa que no causen efectos en el resto de las personas. El hospital psiquiátrico se organiza obsesivamente tratando de someter al delirio que brota pertinazmente en cada momento y que no sólo se filtra por los intersticios de la institución, sino que también circula entre los familiares, queda plasmado en los expedientes, en los testimonios y en las notas de observación realizadas por las enfermeras, psicólogas, médicos y trabajadores de cuidado y custodia.[17]

Cada actividad y comportamiento de los pacientes son registrados minuciosamente por las enfermeras de forma individualizada, de modo que se lleva un historial día a día. Los conflictos y accidentes son denominados "intercurrencias", y también son registrados por el personal de enfermería, aunque, para estos casos,

---

decidieron hacerle unas radiografías que revelaron la lesión. Durante esos dos días el paciente caminó a pesar de la fractura sin quejarse. También este vigilante afirma que otro paciente, con retraso mental profundo, lo llevaban con una lesión debajo de la rodilla, caminaba con la carne colgando sin ninguna muestra de dolor (notas del diario de campo). "En consecuencia, alrededor del médico tenemos toda una serie de relevos, los principales de los cuales son los siguientes: en primer lugar, los vigilantes, a quien Fodéré reservara la tarea de informar sobre los enfermos, ser la mirada no armada, no erudita, una especie de canal óptico a través del cual va a funcionar la mirada erudita [...] El vigilante, entonces, es la vez el amo de los últimos amos y aquel cuyo discurso, la mirada, las observaciones y los informes deben permitir la constitución del saber médico" (Foucault, 2005: 19-20).

[17] *Enfermera*: Tenemos una bitácora. Si una paciente está a cargo de otra compañera que trabaja en el turno de la tarde, y esta paciente estuvo agresiva, inquieta o sufrió una caída, se hace un reporte que se entrega a su médico tratante. Si hay una intercurrencia [conflicto], el médico indica el tipo y duración del tratamiento. Supongamos un ejemplo: el doctor García tiene ocho pacientes, esos ocho pacientes los tiene la misma enfermera. Se dice: ésa es la enfermera de tal doctor, ella anota los signos de la conducta. Y los doctores valoran lo que requiere. Sólo lo importante se apunta en la bitácora: que no quiere salir de la regadera, que está irritable, que utiliza lenguaje coprolálico, es decir, que son groseras [...] Cada enfermera, diariamente, realiza una nota de observación; por su parte, los médicos la hacen cada semana (notas del diario de campo).

se requiere de la presencia del médico. Por ejemplo, si un paciente golpea a otro, se cae y lastima o se pelea con alguno de los miembros de su familia, se le levanta una intercurrencia por parte del cuerpo médico. Una de las funciones que comparten enfermeras y trabajadores de cuidado es el de controlar la situación ante cualquier eventualidad. Los lineamientos del hospital relativos al control de los pacientes en caso de que éstos se alteren se dividen en cuatro pasos. El primero, es tratar de contener al paciente de manera verbal, convenciéndole de que su comportamiento no es el adecuado; el segundo paso, es la aplicación de medicamento para tranquilizarlo. El tercer paso, aislar al paciente en un área especial (que comúnmente se conoce como "el enmallado", debido a que está rodeada por una malla metálica) (véase anexo A, plano del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, 2005) y, finalmente, el cuarto paso es la sujeción del individuo. Estos cuatro pasos admiten medidas intermedias extremas, por ejemplo, algunos pacientes considerados muy agresivos o agitados pueden ser objeto de intervención quirúrgica cerebral —una lobotomía— o de aplicaciones de electroshocks (tratamiento electro convulsivo, TEC) continuas.[18] Por cierto, los testimonios de los médicos respecto a estas medidas de intervención radical coinciden en que tienen un efecto temporal, ya que la conducta agresiva reaparece después de cierto tiempo. Lo anterior se atribuye a la regeneración neuronal. Trabajadores y enfermeras se jactan de conocer la personalidad de cada paciente, y reconocen ciertos signos que derivarán en determinado comportamiento. Por ejemplo, una enfermera decía de una mujer mayor —de unos se-

[18] *Sociólogo*: ¿Le rebota el TEC? *Hermana de la paciente*: No, el TEC le ayuda a estar más o menos estable dos semanas y media, pero su cuerpo ya no aguanta más porque se deteriora debido a que se los hicieron muy seguidos y no se acordaba de nada. Pero con el producto que le damos, el Beredictan, es un modulador neuronal que trata de unir ciertos aspectos. Es muy afectiva, pero que no se me ponga de maldad porque ¡uh! *Sociólogo*: ¿No le reprocha que la haya internado? *Hermana*: ¡Huy, sí! Me decía: ¡Ya sácame de aquí! ¡Ya sácame!, Ya cuando le falta el TEC empieza a decir: ya no me gusta el TEC. *Sociólogo*: ¿Usted conoce cuando le falta el TEC? *Hermana*: Una vez me dijeron los médicos: ¿No puede con ella? ¿Entonces qué vamos a hacer? Vamos a mandarla al hospital San Fernando. Ahí, creo que le tuvieron que meter seis TEC seguiditos. *Sociólogo*: ¿Diario? *Hermana*: Diario. Ya después no sabía ni qué onda, bueno, pues ni modo [...] (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

tenta años—, la cual se convulsionaba por periodos regulares, se ponía muy agresiva poco antes de cada convulsión; que repentinamente se abalanzaba sobre alguna compañera para atacarla por lo "que tenían que enmallarla" hasta que le diera el ataque. Un trabajador de cuidado comenta que hay pacientes que manipulan a los médicos de diferente manera; por ejemplo, uno de ellos se portaba mal con tal de que le inyectaran cierto medicamento que "lo elevaba" y lo hacía sentir bien; afirma que el hecho de que lograra que lo medicaran era una forma de poder drogarse.[19]

En algún momento se observó en el pizarrón de uno de los consultorios médicos un cuadro mensual que registraba más de 300 intercurrencias. Estos actos, decíamos, son atribuidos únicamente a los pacientes, pero sin duda son indicadores importantes porque marcan esa parte subjetiva e instituyente del hospital. Son, repetimos, comportamientos realizados por los pacientes en momentos determinados que salen de la norma establecida institucionalmente, todos estos escritos se adjuntan al expediente de cada paciente.[20]

Las intercurrencias son resultado de la interacción entre los diversos actores institucionales, muchas de ellas tendrían que estudiarse como parte de una dinámica de cautiverio y de roce continuo entre las personas; como cuando no se tiene dinero y se roba un cigarro. Un ejemplo más detallado, sacado de las notas del diario de campo, es el siguiente:

[19] *Trabajador de cuidado*: Hay pacientes que te dicen que se sienten nerviosos y te preguntan: ¿Qué hago? ¿Me pongo a caminar?, y les respondes que sí, que caminen porque si agreden y los reportas, a veces los médicos no hacen nada. Nunca acabas de conocerlos, por ejemplo, hay un medicamento que "los levanta", "los pone a volar" y hay pacientes que se portan mal para que les den ese medicamento y consiguen así lo que quieren. Es como si quisieran droga pero, si la piden, no se las van a dar; entonces, lo que hacen es golpear a alguien para que los inyecten y sentirse bien (notas del diario de campo).

[20] Después de platicar con uno de los médicos, anotamos lo siguiente: El psiquiatra afirma que los fines de semana se incrementan los conflictos ya que los doctores responsables de los pacientes no se encuentran y sólo hay un médico de guardia. Atribuye la fuerza de la autoridad del médico al hecho de que tiene el "destino" de cada paciente en sus manos, puesto que él decide quién es dado de alta y quién no. Se atribuye la causa de cada intercurrencia a la agresividad del paciente psiquiátrico (notas del diario de campo).

> Llega uno de los sobrinos a visitar a un paciente que, se afirma, tiene retraso mental grave. Instantes más tarde de que sale este último del pabellón, se observa que sigue a su pariente. Los dos dan vueltas alrededor de una mesa. El sobrino ríe, aparentemente juegan. Sin embargo se observa que, lo que persigue el interno es un dulce que trae en la mano su pariente, se lo muestra, pero no se le regala. Después de varias vueltas, el paciente, enojado, se da por vencido y decide regresar al interior del pabellón. El trabajador de cuidado, que no muestra ningún interés por la situación, le abre la puerta para que ingrese. El familiar lo miró tranquilo y decidió irse dando por terminada la visita familiar. Se comenta con la enfermera que hicieron enojar al paciente y ella responde que ya estaba enojado desde antes y que había salido a la visita de mal humor. Se le responde amablemente que el paciente parecía un perrito que persigue la comida y que, por eso no le gustó el juego. Como respuesta sólo recibimos una sonrisa.

Sin duda, el registro individualizado de las intercurrencias tiene la finalidad de otorgarle algún sentido a lo que es catalogado como fuera de lugar por parte del cuerpo de médicos y trabajadores de cuidado (de ahí que el psiquiatra desearía que no ocurrieran). Probablemente, hechos como el anterior no adquieran el estatuto de una intercurrencia debido a que nadie se quejó o salió lastimado, o también porque el conflicto se desarrolló como una interacción familiar. No se conoció el desenlace institucional de este suceso. Sin embargo, con seguridad fue anotado en los registros de enfermería, los cuales únicamente consideran variables individuales para la evaluación que se lleva a cabo día con día.

Las enfermeras tratan de evitar que los pacientes tengan comportamientos considerados inadecuados, agredan, posean objetos peligrosos, coman y beban agua en exceso, etcétera. Si un paciente se orina o defeca ensuciando su cuerpo, hay que bañarlo y cambiarle la ropa. Algunos no mastican el alimento por lo que hay que triturarlo antes y darles de comer en la boca, otros, algunas veces no quieren cepillarse los dientes. Diariamente se les cambia de ropa a todos los internos. Si se descompone la caldera de la lavandería, las enfermeras muestran cierta preocupación maternal por saber qué ropa ponerles. Dice una enfermera que hay momentos en que se "estalla" ya que, además del trabajo que tienen en atenderlos y

cuidarlos, los pacientes pueden agredirlas o insultarlas, les exigen la ropa o la comida que los familiares les llevan y les gritan "criadas" o "gatas"; cuando éstas reportan dichos comportamientos a los médicos, éstos les responden: ¿En dónde trabajas? Estás laborando en un hospital psiquiátrico, ¿no? Algunas enfermeras se sienten vulnerables e incluso afirman que los pacientes pueden reportarlas a ellas por malos tratos. Como puede observarse, la situación del poder en el interior del establecimiento es más complicada de lo que parece. Si se quiere resistir a la autoridad, basta que un paciente vomite encima de una de las enfermeras, insista a un trabajador por cientos de veces en querer pasar hacia un área prohibida, golpee repetidamente la puerta, grite o cante durante todo el día para conseguir desquiciar la situación. Así, el paciente puede lograr invertir momentáneamente una situación de sumisión. La intercurrencia también es un recurso que tiene el paciente para llamar al médico cuantas veces quiera y tratar de conseguir que éste le proporcione algún medicamento o simplemente lo valore. Las intercurrencias son hechos que siempre sorprenden, aun al mismo grupo de profesionales clínicos. Por ejemplo, en uno de nuestros recorridos, se observó la situación siguiente:

> A la salida del dormitorio de mujeres, el doctor me enseña una pared recientemente lavada (en la cual se observan los tallones y la pintura deslavada como resultado de la limpieza). Una línea clara resalta en la pared por todo el pasillo que corre desde el interior hasta la puerta de salida. El doctor comenta que se limpió la pared porque había una línea de sangre ya que una paciente psicótica lamió la pared con la lengua cortada. Añade que la lengua es "muy escandalosa", que con cualquier herida sangra mucho. Al preguntar el doctor por qué lamió la pared, ella le respondió lo siguiente: "es que tú me dejaste quinientos hijos y los estaba sacando por ahí, por la sangre estaban cayendo [...]". El doctor se sorprende puesto que, para él, ese delirio psicótico es nuevo. Refiere que la paciente se pone muy irritable aunque cuando está controlada se dirige con amabilidad hacia las personas, con expresiones tales como: hola belleza, hola bonita, hola cariño, qué tal papacito. Ella tiene dos hijos y dice que son de Dios, que Dios se transformó en esas personas al fecundarla [...] (notas del diario de campo, véase en el último capítulo la viñeta "Las parejas de Dios").

Este evento, por supuesto, es registrado automáticamente por el personal médico (el psiquiatra y la enfermera asignados a la paciente) en el expediente.

La sexualidad es una condición que está presente en la institución, pero de la cual se habla poco. Cuando se les pregunta formalmente, los médicos presumen que el medicamento inhibe los instintos, aunque en realidad todos los actores institucionales saben que eso no es verdad. Cuando a una enfermera se le preguntó qué fue lo que más le sorprendió a su llegada al hospital, respondió que ver a los hombres bañarse "porque lógico tienen necesidades y se te acercan y se les pasa la mano". Un médico comenta que los psicotrópicos no impiden que los pacientes se masturben entre ellos o se convenzan de practicar sexo oral. Los trabajadores de cuidado, quienes tienen la obligación de hacer rondines y vigilar de forma estrecha a los pacientes, admiten que los han encontrado en los baños teniendo relaciones, por lo que tienen que reportarlos. Un trabajador comenta lo siguiente:

> Algunos pacientes están conscientes de que otros no tienen dinero y quieren comprar un refresco, unas papas o unos cigarros. Un ejemplo es Guillermo, sus familiares le dan dinero para que compre en la tienda del sanatorio, dinero que daba a aquellos pacientes que no tenían, a cambio de manoseos o sexo oral. Nosotros creemos que este paciente no está tan enfermo, y además eso es lo que dice su papá. Sin embargo manipula al resto de los pacientes e incluso a los médicos ya que, cuando se le reporta y llega la enfermera con el médico retoma temas que no vienen al caso y es cuando se pone más delirante. Si bien es cierto que los médicos saben de la evolución del paciente porque tienen los apuntes de enfermería, nosotros tenemos un conocimiento directo (notas del diario de campo).

Poco se habla de la sexualidad que se practica en el interior de la institución, ésta reaparece en formas variadas, incluyendo la evaluación diagnóstica. Por ejemplo, cuando los médicos reconocen en el delirio esquizofrénico la evocación a la homosexualidad. En muchos testimonios recabados a familiares y pacientes éstos mencionan recurrentes fantasías sexuales persecutorias, hijos que miran o se masturban frente a las madres con lascivia, hombres

que enferman por decepciones amorosas, etcétera. Fantasías de las cuales el equipo de investigación no fue ajeno:

> Llega un paciente y me comenta: ¿Qué cree que me querían hacer sus estudiantes? Se querían meter con mi jefa [madre], que estaba platicando tranquilo, que se la quieren parchar [tener relaciones sexuales] y que ¡cómo! Que [él] es de ella. Que los de la [Policía] Federal se lo dijeron, que los de la PGR [Procuraduría General de la República] también. Le respondo que los voy a regañar, que eso no está bien. El paciente sonríe y se va satisfecho [...] (notas del diario de campo).

Atolladero familiar

> *Hermana de paciente*: ¿Usted cree que no nos duele que mi padre jamás se ha preocupado por él? Para nosotros es bien difícil [...]. Nada más empiezo a hablar y siento que la cabeza me va a estallar, el cerebro me duele, creo que estamos peor que mi hermano [...].
>
> Notas del diario de campo

> La función de la hospitalización involuntaria en el "esquizofrénico" es aliviar a sus parientes de la carga que él representa para ellos.
>
> Thomas Szasz

Los familiares tienen la obligación de llevar algunos enseres básicos y personales para el paciente, asistir a las pláticas informativas, terapéuticas, de recreación, apoyarlos en la venta de sus artesanías y participar en las ceremonias y festejos institucionales. Esta variedad de actividades tiene fines educativos, lúdicos y laborales. Son actividades que forman parte de la "cura" y la reinserción del mismo paciente; el sentido es el de mantener el vínculo, que se reconozca al "enfermo" como parte integrante del grupo primario y la responsabilidad que ello conlleva como familiar. Esta demanda institucional generalmente tiene poca respuesta o es irregular, pues existen una serie de prejuicios y estigmas sociales con respec-

to a las enfermedades mentales que llevan a muchas familias a vivir el suceso con angustia y culpabilidad. En ciertos casos, la enfermedad se prolonga a tal grado que se vive como un suceso devastador que desgasta al grupo familiar, sobre todo cuando el paciente es diagnosticado como incurable. El escenario más extremo por parte de algunos de los miembros de la familia es el abandono.[21] A manera de ilustración, comenta un médico:

> Un paciente fue dejado en el hospital por su esposa, después de haber tenido un accidente automovilístico. Actualmente su esposa se ha desatendido de él y es su madre quien lo visita. Lleva siete años hospitalizado, a él le dan su tratamiento, ha salido en varias ocasiones a casa, pero la mamá dice que nada más está acostado, fume y fume, y que aquí en el hospital se lo cuidan (notas del diario de campo).

Pero la perspectiva de la madre es distinta. El fragmento del diálogo siguiente entre la madre y el hijo indica que el internamiento se realiza en medio de problemas familiares difíciles de discernir a simple vista:

> *Madre*: Ya de grande empecé a notar cosas, cuando ya estaba viviendo con su esposa. De otra forma yo le hubiera dicho a ella que no se casara con él porque no estaba bien, pero no… Hasta después nos dimos cuenta, ya grande, que empezó con sus ideas. Pero yo, nunca, nunca le he fallado a mi'jo, siempre, siempre…
>
> *Hijo*: ¿Cómo se llama? Mi'ja Piedad, muy mala me traía aquí para quedarse con la pensión, porque se endrogaba mucho de muchas cosas, lo malo que tengo es la clavícula y me mandaba aquí, para quedarse con la pensión [la madre niega con la cabeza este problema de la pensión].
>
> *Hijo*: ¡Cómo no!
>
> *Madre*: Sí, la hija grande fue la que cambió todo, a toda esa familia, la mayor cambió hasta a la mamá, que debía de venir, y ya

[21] En caso de una situación de abandono, el consejo del hospital decide tomar la decisión extrema de hablarle a la familia y, una vez que alguno de sus integrantes se presenta, regresarle al familiar/paciente.

olvidaron que está aquí su papá [...]. La más grande fue la que echó a perder todo [...].

Hijo: Y es que se quedó con la pensión [...] ¿No te quedaste tú con la pensión, mamá?

Madre: Sí, yo la recibo [...] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Podemos observar que el problema de la hospitalización permanente combina problemas de orden muy diverso y que no necesariamente el problema médico es el central. El paciente en su delirio reclama que está encerrado y que alguien se aprovecha de la pensión; la madre culpa de los conflictos familiares a la hija mayor; de la esposa y los hijos se deja ver el abandono, etcétera. El problema de la enfermedad mental no es unicausal, aunque los familiares continuamente refieran a un evento en particular, las entrevistas derivaban en problemas, conflictos y dinámicas familiares complejas. Se pasaba así, invariablemente, de la enfermedad del paciente a los problemas de la familia.

La institución psiquiátrica se enfrenta a diversos escenarios familiares relacionados con la naturaleza del vínculo entre la institución, la familia y el paciente; por ejemplo, el más frecuente es aquel lazo de carácter instrumental/mercantil en el que el paciente es visto como un "producto" que es "depositado" en el sanatorio a cargo de un grupo de profesionales, a cambio del pago del Seguro Social y por el derecho que otorga el estar afiliado. Toda institución, incluyendo la psiquiátrica, se conforma de dimensiones diversas como son la organizativa, la jurídica y la funcional, elementos que se pueden analizar como la parte instituida. Asimismo, establece vínculos con otras instituciones y grupos, entre los que destaca la familia. La dinámica de la institución afecta a la familia y ésta responde de maneras diversas, estableciéndose una serie de ligaduras complejas en donde las emociones no están excluidas. A veces, dentro del mismo delirio del paciente se observan reproches velados que responsabilizan a los integrantes de la familia, como en el diálogo siguiente:

Paciente: ¿Cuándo tiempo tengo aquí?, ¡uuuy! desde marzo del 2002, 2001, 2002 ya no me acuerdo [...]. No, si está como nuevo,

me gusta mucho, es un automático, yo no soy interesado, díganme de qué se trata la plática, ¿Me estás grabando?, por decir malas palabras, a un general de la caseta 18, que se llamaba [...]. Ya lo perdoné ayer. ¿Fue real o no ma'?

Mamá: No, yo de eso no sé.

Paciente: No sé... ¿Por qué estás aquí mamá, sabes?

Mamá: Acuérdate que estabas en San Fernando y te pasaron para acá.

Paciente: Sí señorita [a la socióloga] ésa fue la verdad, y estoy mal, a veces pienso que alucino y perdono, lo que me gusta es el cigarro y ya [...] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Sentimiento de culpa familiar

> *Madre de paciente psiquiátrico*: cuando le hicieron la lobotomía fue la locura, ocho meses estuvo estable, pero después explotó. Me quería ahorcar y me decía: tú tienes la culpa, por tu culpa estoy así, por tu culpa no soy feliz, por tu culpa no tengo una pareja, por tu culpa no me puedo casar, por tu culpa no tengo una novia, por tu culpa no tengo trabajo. Y sí, yo me sentía con mucha culpa, pero ya vi que, aunque tengo responsabilidad, no soy culpable. La terapia me ha ayudado mucho porque yo sufría y lloraba bastante.
>
> Notas del diario de campo

La estructura de la familia no es estática, se constituye y se recrea en su movimiento, de ahí también que se hable de sistemas de comunicación o transacción esquizofrénica (véase el capítulo "Intercambio, deseo y patología del vínculo"). El orden del sistema es transitorio y puede abrirse al cambio. De esta manera, el destino del infante es lograr la independencia del hogar de procreación, tomar una dirección por cuenta propia después de que se adquie-

ren las aptitudes físicas necesarias. En un miembro con una enfermedad mental grave y crónica la aptitud emocional no se desarrolla, su destino es no dejar de pertenecer a la familia de procreación, vive una especie de infancia permanente, de endogamia grupal en donde los sentimientos se confunden y la individuación se retrasa. La falta de oportunidades y escenarios sociales diferentes, provocados por la homeostasis del sistema, no pueden sino generar sentimientos de frustración. Se sabe que algo anda mal y la pregunta por la causa es inevitable. La enfermedad se percibe como un castigo permanente, como un sacrificio del cual se necesita alguna explicación. Una posibilidad de dar sentido al caos lo ofrece el discurso médico, al cual la familia se aferra desesperadamente:

- Comenta el director del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen que un paciente que llegó sumamente agresivo, al pasar de los años quedó paralizado, por lo que la atención hospitalaria era total. Dada su gravedad le decía a la madre que se lo llevara a las fiestas de la Navidad puesto que era posible que no viviera mucho tiempo. Le aseguraba que no se preocupara ya que su condición física y emocional no le permitiría agredir a nadie. Y añade: "me puso muchos pretextos: voy a preguntarles a mis hijos, etcétera. ¿Ustedes creen que lo sacó? Y luego, cuando muere, quiso venir a descargar los sentimientos de culpa conmigo. No, es que fíjese [...] No señora, no me tiene nada que decir, está en su conciencia, yo no soy sacerdote para decirle si cometió pecado o no. Y medio se molestó conmigo. Pero ¿qué quiere? ¿Que le dijera que tiene razón en no llevarse a su hijo? Pero así son las cosas aquí".
- La madre de una paciente dice lo siguiente: "Aquí [en el sanatorio] me vine a enterar de que mi hija tiene esquizofrenia paranoide. Para mí fue un golpe muy fuerte, yo en esos días me quería morir. Creía que mi hija a través de unos años se iba a componer. Desconocía totalmente la enfermedad de la mente. Hasta ahora es que lo platico resignada, pero la verdad yo no aceptaba la enfermedad crónica de mi hija. Ahora sí que, por mis errores, mi hija está aquí. Lo único que vengo a concluir es que su enfermedad se debió a la vida que llevó conmigo, por mis parejas. Yo no supe darle ese cariño que necesitaba, en el fondo, sí me siento culpable".

A falta de los elementos que proporciona el discurso médico, el sentido común sale a flote:

- El padre de uno de los pacientes expresa: "es como si sintiera una carga pesada detrás de mí. ¿Qué hice mal? ¿Acaso tengo algo malo? ¿Estoy pagando algo? Quizá hice mal el amor. Me siento culpable porque uno espera que sus hijos se realicen [...]".
- Con respecto al estigma social, dice un familiar de uno de los pacientes: "uno no tiene la culpa de la enfermedad. Yo no tengo la culpa. Pero de alguna manera la familia se estigmatiza, se señala a toda la familia por un paciente y eso no se vale. Yo creo que no es justo, y además como familiar también se nos dificulta muchísimo opinar o socializar en muchas situaciones, porque es algo latente, y en el momento más inesperado, es un arma en las manos de cualquier persona para agredir o hacernos algo, así de fácil, aun dentro de la propia familia" (fragmento de entrevistas realizadas en el interior del sanatorio psiquiátrico).

El discurso psiquiátrico que refiere a la lesión cerebral, la disfunción bioquímica o la herencia genética aparece como un apoyo encubridor para la familia que se resiste a encontrarse con un saber sobre su funcionamiento inconsciente. En ocasiones, los progenitores sienten cierto alivio al escuchar que la enfermedad tiene un fundamento de naturaleza biológica, puesto que así se deslindan de los efectos de su participación en el maltrato o en el descuido de sus hijos. Un ejemplo al respecto es el testimonio siguiente:

> Si yo hubiera sabido que la enfermedad de Arturo, que es la esquizofrenia, da porque tiene que dar y que viene así desde que se nace, predestinados con esa enfermedad, yo hubiera dicho que trabajaba, para que no nos quiten la pensión. Arturo le hizo a las drogas pero los muchachos que consumían drogas con él están, entre comillas, bien, y Arturo no. ¿Por qué se deterioró tanto? Yo me preguntaba: ¿Por qué se dañó tanto por la marihuana? ¡Ay Dios! ¿Por qué no lo pude rescatar? Y me culpaba y me culpaba, que yo había tenido la culpa, porque no lo cuidé, porque no lo supe llevar a lugares donde me ayudaran. Hasta acá [en el sanatorio] supe que se viene así por la esquizofrenia (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

La familia afirma vivir una pesadilla y por más explicaciones de naturaleza orgánica que les presenten, se sienten responsables del caos familiar. Se vive con culpa permanente, misma que se transmuta en enojos y justificaciones de todo tipo, como lo expresan los testimonios. La más común de las justificaciones apunta hacia el individuo considerado “oveja negra de la familia”, quien aparece como el único causante del caos familiar. El contexto familiar se desenvuelve en un clima emocional tenso que retroalimenta una dinámica de relaciones dependientes, viscosas y resistentes al cambio. La mayor parte de las familias demandaban ayuda del equipo de investigación, pero ninguna de ellas aceptó que se fuera a platicar a su hogar. No admitían la entrada de una persona que fungiera como un elemento que introdujera cualquier diferencia en la dinámica del grupo familiar. La familia angustiada, paradójicamente, consolida sus relaciones y se blinda ante cualquier sugerencia que sienta como amenaza.

Ciertas acciones que proporcionan alivio personal como, por ejemplo, la paciencia, la condescendencia, el sacrificio, el cuidado hacia el paciente, están cargadas de sentimientos ambivalentes que imposibilitan todo cambio profundo en la dinámica familiar; dice una madre de su hijo internado:

> [...] yo al principio no lo quería. Uno por ignorancia comete muchos errores, acciones incultas y crueles, pero trata de corregirse, de enmendarlas. Ahora que lo veo enfermo he aprendido a quererlo, ahora han cambiado mis actitudes para tratar su enfermedad (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Uno observa cómo este hijo estuvo en principio excluido del deseo de la madre, no obstante, en su condición de enfermo logró un lugar con ella. Madre e hijo se reconocen y crean un vínculo de reciprocidades a partir de la anulación subjetiva. Que ese hijo cambie un patrón de comportamiento implica, paralelamente, quitarle ese lugar de maternaje que ahora ocupa la madre de forma permanente. La transformación de uno es imposible sin la transformación del otro, porque ambos forman una unidad imaginaria que únicamente encuentra sentido en la relación. El vínculo que se establece está conformado por las emociones de la madre y el

hijo. Por eso, cuando uno observa que a una mamá le da gusto que una doctora no esté más a cargo de su hijo, porque ésta no le permite llevarle dulces, ni coca cola, y además le reconviene constantemente que lo consienta mucho, se convence de la fuerza que ejercen las emociones maternas en las relaciones humanas. Esta misma madre platica que cuando su hijo era pequeño vivió solo en la calle; por eso —afirma— lo mínimo que puede hacer ahora es consentirlo. Así, no se puede dejar de reconocer en estos gestos un patrón de comportamiento absorbente. La familia está atada al paciente y pretende atenderlo por cariño, por sentido de responsabilidad o incluso por lástima, pero los sentimientos de culpa subyacen. Por su parte, el paciente se adapta e incluso exige el sacrificio hacia su persona. La anulación de identidades converge en un mismo vínculo relacional en donde la abnegación, el resentimiento, la culpa y el exceso de cuidado acaba por infantilizar al enfermo, que pasa de la total abyección a la huida o la agresión.[22]

La tendencia de los progenitores a culparse parece ser confirmada por muchos teóricos que se han dedicado al estudio de las afecciones mentales en relación con la mala crianza (Berger, 1993:15), aunque también se constata por los reproches del enfermo. En tal caso se vive la participación en la enfermedad sin ninguna dirección terapéutica. No se ve un modo de alivio o ayuda en la conciencia de los sentimientos.

Parte del diagnóstico institucional consiste en evaluar a la familia y conocer sus perturbaciones, pero el apoyo que reciben no es el adecuado. El médico, en su carácter de analista de la anatomopatología, no otorga un estatuto teórico en la etiología de la enfermedad a los problemas de comunicación ambigua, a la violencia grupal o a la ausencia de la función diferenciadora del padre, que inciden sin duda en la generación de ansiedades, sentimientos de culpa y en una variedad de síntomas afectivos. Su diagnóstico no

[22] La familia angustiada en estos extremos es más propensa a generar situaciones que perjudican la salud de los pacientes, como lo expresa Carol Anderson: “La mayor diferencia de recaídas entre pacientes tratados con droga y con placebo se detectó en aquellos cuyas familias estaban menos ‘angustiadas’; en cambio el nivel de ambos porcentajes y su similitud se acrecentaban a medida que aumentaba la angustia familiar […] si éstos regresaban a un hogar de ambiente conflictuado y tenso, aumentaba notablemente el riesgo de recaída” (Anderson *et al.*, 1993:32).

considera a la familia como un sistema de relaciones tóxicas que inciden en la subjetividad, ya que dentro de su cosmovisión de la enfermedad, ésta es de naturaleza biológica, se manifiesta en reacciones orgánicas individuales y, por ende, se tiene que atacar por medio de medicamentos.

El problema no debe enfocarse solamente en el individuo "enfermo", sino que debe analizarse como una dinámica comunicativa que se establece y refuerza por parte de todos los que lo rodean. Las agresiones del sujeto sintomático responden a una historia de violencias, de tal suerte que el espectador se pregunta qué fue primero, si la gallina o el huevo. La exclusión social y el encierro psiquiátrico aparecen como la solución inmediata a la problemática familiar (y en beneficio del control social), problemática que se reproduce ahora con la participación institucional. Cuando se habla de transacción esquizofrénica se apunta a una retroalimentación comunicativa compleja, dada en diversos niveles y por todos los participantes. Si la esquizofrenia se explicara únicamente desde la lesión orgánica, el comportamiento del enfermo no tendría por qué ser selectivo con las personas y responder a ciertas situaciones con violencia y no a otras. En pocas palabras, la falta de control de los impulsos se daría en cualquier situación y con cualquier persona, pero esto no es así. Los pacientes crónicos no agreden indistintamente a las personas ni a la totalidad de los integrantes de la familia; antes bien, enfocan su enojo hacia determinados miembros del grupo, de la misma manera que se muestran contentos con el resto. Tal parece que la historia quisiera hacerse presente por medio de estas emociones aisladas y fragmentadas que nadie quiere o le conviene descifrar. Los enojos, delirios y acusaciones están dirigidos, así sea de manera indirecta. Y todo ello se puede reconocer aun bajo el fondo de la asocialidad que caracteriza a la conducta esquizofrénica.

La familia, decía Laing, vive un proceso de mistificación del cual no se da cuenta, de la misma forma que Bateson plantea que el esquizofrénico está incapacitado para comentar sobre la situación comunicativa. Esto, no obsta para que las familias no "racionalicen" de alguna forma lo que experimentan de una manera caótica y dolorosa. De cualquier forma, la explicación biológica-hereditaria no mitiga del todo el tormento: los progenitores buscan las fallas, los momentos de fracturas, meditan sobre las violencias rei-

teradas, las ausencias, los abandonos y las desatenciones que contribuyeron al desarrollo de la enfermedad. De ahí que se repase mentalmente la historia familiar en busca de una causa o hechos que den sentido a lo que sucede, como puede ser la búsqueda de un pariente lejano con antecedentes similares.

De cualquier manera, la culpa familiar no muere del todo y los interrogantes en torno al sujeto resurgen. De ahí que proliferen también las explicaciones quiméricas, o aquellas en donde prevalecen elementos de verdad mezclados con fantasías de la más diversa índole,[23] mismas que recubren una realidad que de otra forma carecería de sentido. Son discursos que fungen como andamiajes de apoyo en busca de significación. Todas las familias con pacientes mentales asocian la enfermedad con algún hecho que la provocó, más allá de los diagnósticos médicos:

- Un padre dice que su hija se enfermó a raíz de que se le cayó en la cabeza un cuadro de la Virgen de Guadalupe. A partir de ese momento ella deja de hablar y le salen lágrimas espesas aun con los ojos cerrados. De su otro hijo, dice que enfer-

[23] Sin duda existen casos de ejercicio de violencia directa que provocan la devastación psíquica del sujeto, como lo ilustra el relato siguiente de una madre: "Él lleva dos años aquí, es esquizofrénico indiferenciado, uno de los síntomas es la falta de responsabilidad. Pero él dice [su hijo] que los locos somos nosotros. Siento que, como yo trabajé mucho, no tuve el tiempo de ir al pueblo ya que en ese entonces no había carretera. También su padre lo presionaba mucho y decía que él tenía que trabajar y que si no lo hacía, seguramente era porque era un 'maricón'. A veces le daba cinco o seis toques eléctricos por medio de cables electrónicos, creo que a partir de eso le brotó la enfermedad. Comenzó como a los nueve años. Incluso, cuando estaba más pequeño, se espantó con un monstruo, de esos que usan los chinos, yo también me espanté, pero su padre en lugar de apapacharlo, lo golpeó. Su padre siempre lo golpeó (desde que estaba pequeño), llegaba como histérico y aventaba los zapatos a la pared y siempre, la de malas, le pegaba en la cara. Mi esposo tomaba mucho y fue muy celoso. Cuando él llegaba del trabajo me desgarraba la ropa y me dejaba marcada la piel; después, me echaba a la calle y me decía que con quién andaba y que tendría suerte porque pronto conseguiría 'cliente'. Por eso tuve que dejarlo, luego me quitó a mis hijos. Siento que a mi hijo le hizo falta mucho amor, mucho apapacho de parte mía y de su padre. Cuando mi hijo se salía de la casa, se quedaba sin comer, luego comía hierbas para llenarse" (notas del diario de campo).

mó a los catorce años, porque gustaba de darse de topes con un borrego que tenían en la casa.

- Una madre afirma que su hijo empezó a enfermar desde que salió con una prostituta (véase el último capítulo viñeta "La prostituta lo enfermó").
- Un padre afirma que cuando era chiquito su hijo dormía en los brazos de su hermana, repentinamente éste se levantó gritando y agarrándose los genitales, lo que derivó en su enfermedad.
- Una madre comenta que la causa de la enfermedad de su hijo deriva del abandono de una novia a la que quiso mucho.
- Una madre afirma que su hija de seis meses de edad se empezó a enfermar a partir de que ella tuvo a otro bebé y la dejó de alimentar. Que empezó a tener convulsiones y que, cuando la pegaba a su pecho la niña se ponía roja y le apretaba los senos. Desde entonces, sufrió internamientos continuos sin que los médicos supieran jamás qué tenía (véase el último capítulo, viñeta "El enojo de Miriam").
- El hermano de una paciente afirma que ésta se encuentra enferma porque le gustaba leer muchas novelas y añade que lo que coronó su enfermedad fue el hecho siguiente: el día que muere la madre ella huye de casa, a su regreso, los familiares se percatan de que fue atacada y violada.
- Una madre dice que su hijo desarrolló la enfermedad a los seis años, cuando iba a la escuela primaria. Que tenía lagunas mentales, que cuando les faltaba la luz, sostenía una vela hasta consumirse y que no le quemaba la cera, sólo se la quedaba mirando fijamente.
- La hermana de un paciente afirma que éste tiene animales en la cabeza a raíz de que comió carne de puerco.
- Una madre señala que su hijo tardó mucho en nacer porque era muy grande (pesaba cuatro kilos) y que cuando "salió" estaba morado. Cree también que la enfermedad es consecuencia de un destino, que su hijo está "pagando" en esta vida.
- Un padre refiere que la aparición de la enfermedad de su hija fue después del terremoto del año 1985, ya que a partir de ese suceso telúrico su hija se caía solita hacia atrás, hacia adelante o hacia los lados. Posteriormente, tuvo temperaturas elevadas y estados de inconsciencia que la llevaron a la enfermedad.
- Una madre comenta que su hija, desde chiquita era muy solitaria y se apartaba de los demás, que se deprimía mucho y

que sus ojos estaban siempre muy "tristecitos", todo ello debido a que estaba "hambreada de papá."

- La hermana de una paciente argumenta que ésta enfermó porque su madre ingería demasiados abortivos, además de que utilizaron fórceps durante el nacimiento.
- Una madre afirma que su hijo está enfermo porque de pequeñito se cayó de la cuna y se golpeó la cabeza (fragmento de entrevistas realizadas en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Antes que estimular cualquier proceso de reflexión, estas explicaciones funcionan como pequeños mitos que obturan una realidad compleja. Aparecen como un mecanismo de defensa individual y un escudo que impide la entrada de un tercero dentro del juego familiar. La postura psiquiátrica acota las causas del problema sintomático en el individuo, reforzando la estructura alienante del grupo. Sin embargo, con una mirada más detallada de cada una de las reflexiones anteriores podemos percatarnos de la complejidad del problema: hijos no deseados, violencia familiar, abandono, etcétera. Incluso, dado el embrollo de la historia familiar, la heterogeneidad de causas que ofrece una misma familia es algo común. Por ejemplo, las horas de entrevistas dedicadas a una madre de un paciente psiquiátrico rebasaron la docena. De todas las palabras dichas se puede extraer una serie de explicaciones, todas contradictorias entre sí, sobre el origen de la enfermedad mental de su hijo; ninguna de ellas advertía las paradojas entre éstas, al contrario, las respuestas se dan "naturalmente", con el tono de complementariedad con el que suele explicar la evolución del hombre un darwinista teólogo. La misma pregunta en torno a las causas solía repetirse con insistencia en diferentes momentos; las respuestas, sin embargo, venían con mutaciones, como si en el nivel del lenguaje la palabra nunca representara a la cosa. ¿Qué le han dicho a usted sobre el origen de la enfermedad? Las respuestas fueron las siguientes:

- Antes de morir su madre le reveló un secreto familiar: tenía dos tíos enfermos mentales, ambos murieron en un hospital psiquiátrico. La madre ignorante siente culpa y menciona que si hubiera estado al tanto de ese dato genético no hubiera tenido hijos.

- Su hijo comenzó a manifestar síntomas a partir de que un carro lo atropelló, la lesión cerebral fue tan fuerte que ya nunca fue el mismo. "El cráneo se le rompió como si fuera un huevo", expresa.
- La convivencia del paciente con un abuelo alcohólico generó perturbaciones no sólo para el paciente, sino también para la madre y los hermanos de ella. Los especialistas le han señalado que los golpes y la sinrazón de los mismos no permitieron que el niño constituyera una personalidad. La madre constata tal explicación comentando que: "en ocasiones actúa como si estuviera borracho, aunque nunca ha tomado ni una sola gota de alcohol".
- La madre expresa con culpa no haber querido a su hijo, lo rechazaba emocionalmente: lo golpeaba, hacía caso omiso de sus cuidados, lo encerraba y le administraba castigos caseros por su mal comportamiento, a tal grado que llegó a adecuar un espacio de su hogar para el confinamiento del enfermo; mandó a enrejar una parte del patio trasero en donde su hijo llegaba a pasar días enteros.
- El parto se retrasó por más de doce horas. Los médicos le comentaron que le faltó oxigeno. Una explicación podría ser la de cierta negación *a priori* de la existencia del hijo. Rechazada por su pareja, después de llevar un noviazgo de nueve años y de vivir algunos meses juntos, la madre no estaba totalmente convencida de querer un hijo. Regresó a su hogar embarazada, lo que le provocó discriminaciones por parte de toda la familia. El deseo de que su hijo no naciera (el embarazo había provocado malestar), pudo evidenciarse en este retraso del parto y sentir que "la abrían como a un pollo que le sacan la menudencia" (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico) (véase el capítulo "Breves estudios de caso": "José: esquizofrenia paranoide progresiva").

Todas estas explicaciones convergen hacia el mismo sistema de creencias determinado por el sentido común, con poco enlazamiento lógico, ya que son mezcladas de manera arbitraria.

Algunos individuos no representan ningún tipo de riesgo para la convivencia, no agreden ni verbal ni físicamente, antes bien tienden a revelar o sacar a flote conflictos familiares ya existentes que permanecen de manera latente, de tal suerte que cuando el enfer-

mo llega a su casa los reaviva. Con otras palabras, la violencia en la dinámica de las relaciones familiares puede tolerarse mucho mejor si uno de los familiares está enfermo e internado. Así, una madre expresa: "En la casa no lo puedo tener, porque no hay quien me ayude a controlarlo, está mi hija y su esposo pero con ellos no me llevo bien." Esto explica por qué una enfermera puede decir: "Aquella paciente no tiene problemas serios de conducta, no es peligrosa, es muy manejable, pero su familia no la quiere sacar". En este sentido, se puede considerar que los métodos para estimular la enfermedad mental han sido racionalizados por el grupo. El tema de la estimulación inconsciente de los síntomas por parte del grupo es algo que ha abordado la literatura psicológica (ya sea sistémica o psicoanalítica).

Intercambio e infantilización del paciente mental

> *Doctor*: Ya vete a atender a tu papá.
>
> *Paciente*: ¿Sabe qué le iban a hacer los doctores a mi papá? Lo iban a echar al bote de la basura, lo iban a meter en un pañal desechable [...]. ¡Pero no han dado las cocas, doctor!
>
> *Doctor*: Te las voy a prohibir ya, te voy a enviar a terapia: ahí te ganas las cocas.
>
> *Enfermera*: Si vas a la terapia, tienes derecho a tu coca.
>
> *Paciente*: ¿Sí verdad? Que no me sacaran, que yo fuera, pero no me dejan ir [...] Yo tengo la solución para todos ellos: deben tomar coca y hacer ejercicio, yo camino.
>
> Notas del diario de campo

Otro acercamiento, diferente al estrictamente normativo y funcional respecto del análisis de la institución, se puede hacer estudiando el intercambio de objetos, de dinero, de mensajes, entre las personas. Por ejemplo, Foucault muestra cómo el hospital psiquiátrico establece una serie de relaciones de equivalencia entre prácticas aparentemente de naturaleza distinta, como son alimentarse, ves-

tirse, defecar o trabajar con el fin de obtener dinero.[24] De lo que se trata es de crear un sistema de necesidades en el enfermo mental, de tal suerte que el hospital se transforma en una realidad más densa que la que se vive en el exterior, una especie de hiperrealidad sobredeterminada por el juego de las necesidades. De esta forma, el loco aprenderá el valor del dinero, el cuidado de su cuerpo, la necesidad de alimentarse, etcétera. Se genera así un ambiente de permutas y equivalencias: si se quiere ir al baño se requiere de dinero y ello supone la necesidad de trabajar; para obtener un permiso para salir con la familia el fin de semana se debe de contar con un historial de buena conducta, etcétera. Foucault ya observa este tipo de relaciones como una manera de conformar una realidad social en donde la locura es sometida a esta realidad creadora de dependencias y necesidades por medio del cuerpo. En el epígrafe con el que iniciamos este apartado, curiosamente el paciente se refiere al padre como desecho, no sólo porque los doctores lo van a tirar a la basura, sino porque el padre está envuelto en un pañal. Ante la fantasía anal, el médico responde con el control oral. La expresión "lenguaje coprolálico", utilizada por las enfermeras del sanatorio, ilustra esta reversibilidad entre lo oral y lo anal. Cuando se le preguntó a un paciente si le gustaba fumar, éste respondió: "Nada más lo normal, es el único atractivo que tenemos en el hospital, el cigarro [...]". El familiar de otro paciente comenta que lee junto con él la Biblia, "Pero a veces no quiere leerla porque le da flojera, por eso lo tengo que condicionar: si no lee, no se gana su coca". Otra paciente que acababa de recibir dinero por la venta de sus artesanías invitó una coca a uno de los sociólogos, afirma que para eso trabaja y se siente bien en compartir: el refresco funge así como un objeto valioso dentro de la dinámica institucional (notas del diario de campo).

[24] La teoría psicoanalítica no desconocía el valor del intercambio. El proceso de humanización narcisística proviene del Otro que es el espejo que devuelve el deseo inconsciente de correspondencia. El intercambio se relaciona con la libido y el deseo, también con el cuerpo y sus zonas erógenas. Lévi-Strauss afirmaba que la prohibición del incesto impulsaba a establecer los lazos de alianza y que la exogamia tiene la virtud de hacer circular a las mujeres y conformar estructuras de parentesco. El intercambio posibilita el ingreso al universo del lenguaje que nombra y ordena el tiempo y el espacio, es decir, que otorga el sentido del mundo. De ahí también la importancia de los mitos.

Cuando las personas intercambian, establecen determinadas relaciones sociales y emocionales. La utilidad de los objetos no sólo se circunscribe a satisfacer la diversidad de las necesidades más inmediatas, de acuerdo con sus características físicas o químicas, sino también transmiten emociones inconscientes, equiparan valores imaginarios y simbólicos. En una comunidad se podría hacer una lista de las variedades de flores y sus colores para exponer la naturaleza de las relaciones que se establecen cada vez que se regalan o se ofrendan.

En otro sentido, la equivalencia entre las armas punzocortantes y la droga dentro de las cárceles mexicanas tiene su correlato en los dichos obscenos que dejan ver el tipo de relaciones violentas que se establecen entre las personas. El que en una prisión las deudas por consumo de droga se paguen con dinero o con el cuerpo (objeto que se horada con armas punzocortantes o violándolo), equipara el goce con los orificios anal y oral, la punta con el pene y el cuerpo con el goce mortífero (Payá, 2007). En el hospital psiquiátrico, otros son los objetos que circulan; el siguiente párrafo procede de las notas del diario de campo:

> Cajas de coca cola se observan siempre en el patio del sanatorio. Es frecuente encontrar a los pacientes y médicos bebiendo este refresco. Los cigarros son también una mercancía apreciada. Algunos pacientes tienen los dedos índice y anular ennegrecidos de restos de nicotina pero también por la quemadura de lo que resta del cigarrillo que se consume entre los dedos. Se bebe refresco y se fuma en un hospital. Otros productos de consumo son los dulces. El azúcar como adicción. Tal parece que al enfermo mental es al único paciente institucional que se le exonera de seguir una dieta basada en cigarrillos, coca colas y dulces. Si bien estas mercancías pueden ser adquiridas como parte de una labor remunerada (trabajando en el taller de artesanía o espacios de rehabilitación), son ofrecidas en venta por la institución y llevadas por la familia sin restricción alguna (posiblemente como compensación ante la imposibilidad de curar al paciente, o tal vez como una forma inconsciente de reproducir la naturaleza infantil del vínculo). Ante el diagnóstico implícito de “enfermos terminales” se afirma que los pacientes no sufren, por eso, al menos, se les “consiente” alimentándolos. Los médicos y enfermeras reconocen que

un paciente mental puede sobrealimentarse. Algunos de ellos no dejan de beber agua, se dice que esta conducta forma parte de la enfermedad. El día de visita familiar, los pacientes después de comer pueden nuevamente sentarse a la mesa en el horario habitual del hospital. Y si bien existe una preocupación por evitar que se coma en exceso, el vómito es la contraparte de un comportamiento cotidiano. El hospital y la familia juegan el papel de una gran madre nutricia y protectora. ¿A cambio de qué se da el alimento, los dulces, los cigarros? ¿Qué es lo que se transmite en este peculiar intercambio basado en el goce oral?[25]

La predominancia del alimento y principalmente de los cigarros, refrescos y dulces, permite constatar el papel de relevo maternal que tiene el hospital psiquiátrico, como lo confirmaron estudiosos de diversas tendencias teóricas. La rutina hospitalaria establece una serie de intercambios sobre la premisa de que el paciente mental no tiene un deseo propio o éste es indescifrable. El hecho de que todo lo que exprese o haga un interno sea registrado como parte de la enfermedad, no hace sino mostrar la cristalización del discurso dentro del hospital. El lenguaje pierde toda su dialéctica con el juego significante propio de la intercomunicación humana. En tanto que es sujeto pasivo, el paciente es estereotipado y su palabra, descalificada. De igual forma sucede con los objetos. El medicamento es el alimento de cada día, así como el alimento trata de ser el medicamento que atiborra al paciente. La locura interroga al deseo inconsciente, el cual desborda la racionalidad institucional que responde en el terreno del cuidado de las necesidades. El

[25] El paciente quiere que nos callemos; se acerca para decir que la cabeza de una de las sociólogas está bien. Y asevera: "me la cantaron los doctores: ella es mía […]". Respondo: "es mi estudiante" y reímos. Añade que su tía lo transó, que quiere prender su cigarro porque es a través de éste que domina y conoce a la gente, que no come bien, que va a conseguir lumbre. *Socióloga*: Tienes buena memoria, Israel. *Paciente*: Yo no sé cómo son ustedes, no sé cuáles son, no sé cómo son ustedes de inteligencia, para sacarme fuerzas […]. *Socióloga*: Somos débiles. *Paciente*: No, ahorita te doy fuerzas, no te doy coca porque no pasa, pasan hasta las doce. ¿Qué horas son? *Socióloga*: [faltan] doce [minutos] para las doce Israel. *Paciente*: Porque están haciendo mucha fuerza con la coca y el cigarro, mucha fuerza, yo canto, yo barro, coca, cigarro, muchas cosas hago aquí […] (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

alimento y los medicamentos apuntan a las indescifrables figuras del deseo. Lo que escapa de este último, se intenta colmar con cuidados extremos, psicotrópicos y comida.[26]

El hospital infantiliza al sujeto de la misma forma que una madre omnipotente se apropia de su hijo como si éste fuese su juguete. La institución, en vez de ser un lugar transitorio, una parada en donde se triangule la familia y la realidad social, un espacio que funja como un tercero que desamarre las relaciones simbióticas emocionales, termina por ser un lugar de control. El funcionamiento del hospital puede trabajar a la perfección: limpieza, orden, respeto a la normatividad, cuidado del cuerpo. El hospital camina sobre ruedas y sin sobresaltos de consideración; los conflictos son registrados minuciosamente de forma que cuando alguien sale lastimado, forma parte de la rutina.[27] Los familiares, durante los recorridos que hacen regularmente por las instalaciones así lo atestiguan: el lugar es limpio y pueden estar seguros de que a su familiar nada grave le pasará; diariamente, cada paciente toma un baño, es alimentado y duerme a sus horas; los médicos tienen la obligación diaria de auscultar a cada uno de los internos y medicarlos. Al cumplir cabalmente con los requerimientos de cuidado y custodia se puede afirmar que el trato otorgado a los pacientes es digno. Pero la locura escapa a este orden de las funciones y necesidades porque se establece en el plano del sujeto del deseo inconsciente, deseo irreconocible que atenta contra las relaciones sociales, que escapa

[26] Se observa a dos de las enfermeras de turno que acaban de cambiarse de ropa porque una paciente la vomitó, mientras le proporcionaba el medicamento. El hecho no lo atribuyó al rechazo de la medicina, sino al exceso de alimento que los familiares le dieron. Al momento de devolver el estómago, la paciente logra tomar distancia y no ensuciarse, salpicándolas. Una de ellas, enojada, dice que huele muy feo el vómito de esa paciente. Al preguntar quién fue señala a una muchacha sentada en un rincón del patio, con la cabeza agachada (notas del diario de campo).

[27] El jefe de vigilancia debe a su vez vigilar a los compañeros para que se encuentren en su lugar, previamente asignado dentro del espacio hospitalario. Está prohibido platicar o descuidar el lugar. Se realizan asambleas mensuales en donde se consignan las faltas de los trabajadores, mismas que son exhibidas en los pizarrones externos a los pabellones, en la entrada de la recepción y a la vista de todos. De la misma forma se da cuenta de los descuidos de la limpieza del lugar, de acuerdo con el área, hay un responsable (notas del diario de campo).

al control tiranizando los vínculos, que representa un poder al cual hay que vencer.

La humanización de la psiquiatría alcanza, a lo más, dentro del dispositivo institucional, una maternización del paciente crónico (en el nivel de sus necesidades) a través del cuidado del cuerpo. Ante esto, cualquier crítica al hospital puede ser injusta o desproporcionada; sin embargo, el individuo, dentro de este encuadre de relaciones es anulado, como sujeto de un deseo desbordante.

La conversión en "paciente designado" e institucionalizado apunta a una historia de relaciones emocionales de la cual éste es portador y que paradójicamente se sigue reproduciendo ante los ojos de médicos, enfermeras y trabajadores, sin que se quiera reconocer como parte de la etiología de la "enfermedad".[28] La institución psiquiátrica y la familia coluden a través de esta función maternal que fija permanentemente en el plano imaginario al sujeto en su alienación infantil. Y es que del lado del deseo nada se quiere saber, porque el deseo interroga sobre la condición humana en ese otro plano de la intersubjetividad, en la que hablar de una historia familiar es reconocer los objetos inestimables que se transmiten de generación en generación y que explican la dinámica de las relaciones emocionales presentes.

La creación de un ambiente basado en la discrecionalidad de la toma de decisiones, en órdenes contradictorias en donde imperan el malentendido, los secretos[29] y los abusos de poder, provoca una dimensión angustiosa proclive a solidificar las alianzas, como sucede en las prisiones. Más sutil es la alianza que se establece entre

[28] Enrique Pichón-Rivière señala al respecto: "Al considerar endógena una neurosis o psicosis, se niega en forma implícita la posibilidad de modificarla. El psiquiatra asume el rol de condicionante de la evolución del paciente, y entra en el juego del grupo familiar que intenta segregar al enfermo" (Pichón-Rivière, 2007:13).

[29] El hermano de un paciente había muerto recientemente; la madre, con la intención de evitarle un dolor al hijo internado, no se lo quiere hacer saber; durante una entrevista nos dice en voz baja —con la intención de que su hijo presente no la escuchara— que uno de sus hijos murió; el paciente, quien alcanza a percibir el susurro (y su secreto implícito) pregunta; *Hijo*: ¿Quién murió, Pablo? *Madre*: No, no, no, yo digo de otro. *Hijo*: Ay ya murió ¡y ya! *Madre*: ¿Quién murió? ¿Quién? *Hijo*: ¿Pablo murió? *Madre*: No, no, no, cómo crees que se va a morir tu hermano (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

la institución psiquiátrica y la familia del esquizofrénico, particularmente en lo referente a la función alienante que fija al paciente en una burbuja imaginaria en su relación corporal con la madre, de tal suerte que el hospital es una especie de puente en donde se establece una ligadura inconsciente que refuerza esta dimensión imaginaria simbiotizante. La institución total también hace su parte. Ante los procesos de mortificación del yo que sufre el sujeto, éste aprenderá a adaptarse de maneras diversas: rebelándose en contra de la institución, identificándose con las autoridades, colonizando al interior o "infantilizándose". La infantilización también ha sido descrita como "regresión de situación", y los casos extremos los encontramos en los campos de concentración alemanes con los llamados "musulmanes" (Agamben, 2002). Este proceso establece un isomorfismo con la familia esquizofrénica, pero es importante distinguirlos para entender por qué se complementan.

El llamado por parte de la familia a la intervención externa coincide muchas veces con la adolescencia, momento crucial para la autonomía libidinal del sujeto (de ahí el término bleuleriano de "demencia precoz") que coloca en el centro el papel de la familia, y particularmente a la madre en el centro de discusión.

> *La crisis psicótica*. Estalla en general cuando la presión de la madre quiere limitar la tensión instintiva acrecentada del adolescente. Se hace un llamado a una intervención externa. La separación física —hospitalización, por ejemplo— se acompaña de una cristalización del lazo subyacente, escondido a veces por actitudes superficiales de rechazo o de distanciación o, más a menudo, por una negación de la enfermedad (Benoit, 1985:59).

El internamiento refuerza las ligaduras emocionales entre la familia, el equipo técnico-médico y el funcionamiento del hospital psiquiátrico. Se conforma así un imaginario en torno a la salud-enfermedad que establece un sistema diferencial en donde el paciente representa lo patológico, en tanto cuerpo orgánico disfuncional. Al individualizar la sintomatología se obtura la posibilidad de interrogar al sujeto como integrante que porta la voz del grupo familiar. Una perspectiva de esta naturaleza obliga a investigar por qué el criminal representa los valores de transgresión o

desobediencia del grupo, o si el enfermo mental es quien concentra la paradoja de la comunicación familiar e institucional en su máxima expresión. El sujeto es un significante por descifrar dentro de un contexto relacional, pero en su calidad de "enfermo" aparece como un "estabilizador" de la situación familiar.

Paradojas de la vida institucional

> *Paciente*: A la mejor hay acá un chavo que me molesta mucho, que se llama Magno. ¿Sí sé dibujar, no?
>
> *Socióloga*: Claro [...].
>
> *Paciente*: Si no hubiera sido yo, hubiera sido un buen dibujante [...].
>
> Notas del diario de campo

Un segundo acercamiento que cruza el análisis de la institución puede realizarse a través del papel que juegan las relaciones paradójicas como parte del funcionamiento de la organización hospitalaria, relación que algunos autores han denominado de "doble vínculo" o efecto *looping*. Todas las instituciones afirman hacer lo que hacen por el bien de sus miembros. Todas exigen también un mínimo de adhesión y de fidelidad de sus integrantes y se consideran traicionadas si alguno de ellos se rebela o desmiente las normas, reglas o finalidades por las que, se supone, todo mundo trabaja. No obstante, se sabe que la misión que se propone una institución no siempre se alcanza e incluso puede ser pervertida. Entre otras razones puede aducirse las diversas lógicas que conforman a cualquier organización, y que se hace más evidente en aquellas que tienen fines educativos, terapéuticos o de salud. Y es que toda organización depende de la salud de sus finanzas para continuar operando; la aprobación de las políticas generales obedece a los objetivos para los que ha sido creada una institución, objetivos que pueden verse afectados si se definen únicamente con base en los criterios de eficiencia económica.[30] Se puede interrogar hasta dónde una

[30] *Sociólogo*: ¿Cuántos pacientes tiene el sanatorio? *Administradora*: Ahora son 83. Hubo algunos ingresos pero también salieron pacientes a inter-

escuela privada deja de reprobar a sus alumnos en aras de no tocar "el punto de equilibrio" financiero entre los costos y los beneficios, o si los hospitales de salud pública deciden "dar de alta" prematuramente a sus pacientes cuando la demanda del servicio es alta, o bien no aprobar los recursos si no existe la promesa de resultados en un tiempo determinado. El proyecto encabezado por Maud Mannoni al frente del hospital de Bonneuil fue abortado por la falta de apoyo estatal, como lo relata en *La educación imposible*.

Recordemos que los objetivos de cualquier institución, más allá de qué tanto se logren cumplir, tienen su dosis mítica y es sobre este imaginario sobre el que se fundamentan sus prácticas. Así, en las instituciones totales, afirma Goffman, en aras de la higiene, la seguridad o la rehabilitación, se mortifica al yo. Se desbarata al individuo a través de una serie de humillaciones que lo despojan de su rol y de su ensamblaje simbólico e identificatorio. Las revisiones, los manoseos, los cortes de pelo, los tests de obediencia, los golpes, los traslados, las rutinas degradantes y las exposiciones de la intimidad (por medio de las confesiones o las exposiciones del cuerpo) son parte de esta mortificación.

En una institución total se pierde la economía personal, es decir, la posibilidad de decisión y autonomía para decidir las cuestiones más nimias, tales como: a qué hora dormir, prender un cigarro o bañarse. Muchas de estas decisiones se realizan bajo el argumento de que es por el bien del individuo, aunque éste no lo experimente de esta forma. Es como cuando un padre maltrata a un hijo desmesuradamente y después lo obliga a darle la mano porque lo que ha hecho, lo hace por su bien, dejando en la impotencia e incomprensión a la víctima. El doble vínculo parte de una paradoja sin sentido, la cual se repite constantemente como patrón de comportamien-

---

consulta. *Sociólogo*: ¿Ustedes requieren un mínimo de pacientes para que funcione el sanatorio? *Administradora*: Nuestro mínimo son 75, menos de esta cantidad tenemos dificultades económicas. Nosotros tenemos aquí un costo "por día cama", que es prácticamente ridículo en comparación con otros lugares, se cobra 590 pesos. Tenemos un contrato con el Seguro Social y cada final de mes pasamos una estadística de todos los pacientes, los días que estuvieron y con base en eso se cobra (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

to. Aprender de cada contexto permite contar con los elementos para enfrentar, para descifrar los códigos de las situaciones que se presentan en el futuro; a esto Gregory Bateson le llama "deuteronomio", es decir, la capacidad que tiene todo individuo de "aprender a aprender". Esto es precisamente lo que desbarata la institución de encierro: rompe el aprendizaje adquirido. El individuo tendrá que adaptarse a este nuevo escenario paradojal en extremo. Los patrones adquiridos ya no le sirven para entender lo que sucede en el cautiverio forzado, cómo debe comportarse o defenderse ante los abusos de las autoridades y los compañeros; se encuentra imposibilitado incluso para expresar su inconformidad, por lo que deberá aprender nuevas formas de resistencia o autoprotección. Toda rebeldía será atacada o reprimida inmediatamente por el mundo del personal y entendida como parte de una personalidad violenta o enferma. A la institución no le importa en qué situación específica se genera un altercado, no discrimina si el suceso fue dentro del hogar, en la calle o en el interior del hospital, simplemente apuntará el hecho como parte de los trastornos de la personalidad.[31]

Baste la regimentación impuesta a un colectivo, sustentado en un plan racional con respecto a fines, para someter a un proceso antinatural a cualquier sujeto; éste es sometido por cualquier miembro del personal, puesto que se le han dado atribuciones para hacerlo (recordemos a Foucault y su idea del poder que fluye y se desplaza en todas direcciones y con actores institucionales; el mé-

[31] En cierta ocasión platicaba con una paciente cuando llegó otra de unos setenta años de edad para golpearla. Un compañero, parte del equipo de investigación, comenta que esta última paciente está celosa ya que les grita sólo a aquellas pacientes que se me acercan. Coincidí con la interpretación, puesto que generalmente esta anciana toma de la mano a todos los hombres y no quiere soltarlos. No obstante "su mala conducta", se calma cuando platicamos. Me pide que esté a su lado. Repentinamente, quiere su cepillo para peinarse el desordenado cabello. Me agarra la mano y la pasa por su cabello afirmando que tiene la cabeza mal; en ese instante tengo la impresión que, más que una auscultación, quiere una caricia que la haga sentirse bien. Le acaricio la cabeza y le digo que no tiene nada. Me confiesa: "a mí me gustan los hombres". Río y le contesto que eso está bien porque ella es una mujer. Momentos después, se realizó el registro formal del incidente —"intercurrencia" en el discurso hospitalario— por el médico responsable y por la enfermera de turno. Pregunto si se describen las condiciones en que ocurrió el evento y se me responde que la paciente es recurrente en su conducta agresiva y que se conoce de antemano su comportamiento (notas del diario de campo).

dico se sostiene gracias a esa mirada dirigida de abajo hacia arriba, proveniente de la enfermera o el trabajador de custodia). El personal, afirma Goffman, emite juicios microscópicos sobre la autonomía del acto que se entromete en todas las actividades del paciente. El sujeto no tiene la capacidad de enfrentar un nuevo escenario, dado que todo su comportamiento institucional es convertido en patología sintomática, rompiendo así su capacidad de aprender a aprender. Este escenario de paradoja e inescapabilidad Goffman lo denomina "efecto *looping*" (Goffman, 1992:46-47).

La importancia del encuadre terapéutico dentro de una institución tiene sus bemoles, ya que puede experimentarse como una imposición, por lo que existe la posibilidad de que se reafirmen las fantasías de persecución. Hay, no obstante, una serie de experiencias ofrecidas que requieren ser discutidas con más detenimiento; lo que en este momento nos interesa destacar es el hecho de que tanto la familia como el hospital ubican al paciente en este nivel del cuerpo biológico, el cual debe cuidarse (apropiarse). Visto así, como un sistema fisiológico al que se requiere reparar en su individualidad y ante el fracaso de tal propósito, no queda más que atenderlo en sus necesidades primarias. La institución que obliga a asistir a los familiares con la única finalidad de evitar que el paciente no sea abandonado, reglamentando un calendario de visitas para la convivencia y atención básica, deja intacta la dinámica familiar que reproduce los mismos vínculos de viscosidad dentro del lugar. De igual forma, mientras el hospital centre su atención *únicamente* en la salud, higiene y alimentación de los pacientes, se coloca en ese lugar de madre nutricia. Todo esto se presenta enmascarado bajo una ética humanística o de obligación moral en relación con la atención y el cuidado de la vida, la importancia de los valores familiares, la preservación de los lazos de sangre, etcétera.

La paradoja se reproduce en distintas dimensiones. Una de ellas, ya discutida, es la del fracaso de la profecía; nadie duda que el hospital psiquiátrico tiene la finalidad de curar, aunque esto muchas veces no se logre. Otra es el acatamiento de la normatividad institucional (importante para la regulación y el funcionamiento de la organización, para el orden, la higiene, la seguridad, etcétera) que es vivenciada como una imposición a la autonomía del sujeto, es decir, como un mandato contradictorio. Las alianzas establecidas entre el personal médico y los familiares en aras de la seguridad

o la salud familiar,[32] la atención en el nivel de las necesidades, en la descalificación de la voz del paciente, en la patologización de todas sus actitudes y comportamientos conducen al reforzamiento de su alienación e incluso de la cronicidad de la enfermedad.

Decíamos que el hospital psiquiátrico se coloca en ese lugar de madre nutricia y paradójica, ya que nadie puede decir que mantener limpio, cuidado y bien alimentado al paciente es moralmente malo. De la misma forma que podemos observar cómo los familiares cumplen con las visitas llevando cigarros, dulces y refrescos a los pacientes; algunas madres, mostrando un *plus* de afecto, llevan juguetes a sus envejecidos hijos ante la mirada aséptica de los médicos que intuyen que algo más compone a la vida de los seres humanos que los órganos y los medicamentos. En el plano social e institucional todo es correcto, en la transmisión y el intercambio de las emociones la cuestión se complica.

Perspectiva psiquiátrica sobre el delirio

> *Psiquiatra*: Todas las enfermedades mentales vienen en el DSM-IV, si no están en ese librito es porque la enfermedad no existe [...]. Cada año salen más enfermedades.
>
> Notas del diario de campo

El DSM-IV es tranquilizante para los psiquiatras. Es una especie de biblia que periódicamente se actualiza y, como en los concilios, se acatan sus preceptos por todos sus seguidores. Y cada vez que se cumplen, se afirman. Como refiere el epígrafe, un psiquiatra comentó que en el DSM-IV se encontraban todas las enfermedades mentales, y que aquellas que no se localizaban ahí simplemente no existían. Algo de razón le asistía a este médico psiquiatra, ya que aquello que no se nombra no tiene una existencia plena. La magia de este

[32] La salida de todo paciente es negociada con la familia; si ésta considera que es peligrosa la decisión médica, hace responsable a la institución de lo que pudiera suceder en el futuro, por lo que se requiere de la anuencia de la familia (notas del diario de campo).

libro de psiquiatría estriba en clasificar el máximo de síntomas que, al verse reconocidos en los pacientes, otorgan un estatuto de veracidad a sus postulados; la redundancia de la palabra se convierte así en argumento de cientificidad. El médico que entrevista a un paciente y logra clasificarlo, es decir situarlo en alguna de las enfermedades, otorgándole así un estatuto a su padecimiento, cree con ello hacer un diagnóstico de la misma forma en que lo hace la ciencia médica tradicional.[33]

Subrayamos que el concepto que tiene el médico psiquiatra en torno al sujeto deriva de un supuesto, entre muchos otros: que el hombre está compuesto de materia orgánica que puede descifrarse por medio de las leyes de la física y de la química, que es un sistema cerrado posible de reparar, que cada uno de los órganos del cuerpo humano responde a necesidades y funciones, etcétera. No pretendemos negar cada una de estas aseveraciones, sería tanto como negar la historia de la práctica médica y muchos de sus espectaculares resultados y avances. Se trata de no colocar todas las sintomatologías en un mismo bolsillo considerándolas como enfermedad mental. Que un individuo delire a causa de la fiebre que padece no significa que su delirio sea de la misma naturaleza que el delirio del alcohólico o el del enfermo mental.

Por eso es importante razonar sobre qué fundamentos se construye una explicación teórica y cuáles son las asociaciones y desplazamientos que la presupone, puesto que la perspectiva psiquiátrica simplemente no se cuestiona las bases epistemológicas que justifican determinadas prácticas clínicas. Generalmente, el psiquiatra no se complica la vida cuando se le interroga sobre los síntomas de la enfermedad mental: responde que este tipo de enfermos simplemente no controlan sus impulsos y, por ende, no valoran la situación social. Este comportamiento incontrolado obedece al daño que sufre el cerebro que, como todo órgano, puede enfermar. In-

[33] *Familiar de paciente*: En unas ocasiones nos explicaban que era esquizofrenia paranoide, y en otras, que era esquizofrenia progresiva, y yo, pues decía: ¿Entonces, cuál es? Pero para el caso es la definición nada más. Después afirmaban que se podían mezclar las características. Entonces ya para qué me hago bolas pensando en cuál de las esquizofrenias es, total son nombres nada más. Llegó aquí y ahora resulta que no sólo es la esquizofrenia, pues uno de los médicos dijo que era demencia (notas del diario de campo).

cluso se llega a decir que los pacientes no sufren, puesto que no se percatan del mundo que les rodea.[34] Y si en algún momento el psiquiatra se interesa en el delirio (aunque fuera con el único fin de doblegarlo como parte del poder puesto en juego) éste acaba por ser un resto inservible, consecuencia natural de la enfermedad. Prueba incuestionable de la lesión cerebral, el delirio es precisamente el elemento que corrobora el diagnóstico psiquiátrico.

Sin embargo, entre sus figuraciones metafóricas y pedazos de una historia aludida —que la familia muchas veces reconocerá—, el delirio hace brotar fragmentos de una verdad de la cual el psiquiatra nada querrá saber. Es precisamente esta realidad que rodea al esquizofrénico la que cuestiona el saber psiquiátrico, esta realidad que presenta el entorno social, la estructura y la naturaleza de las ligaduras que establece el grupo familiar, la eficacia del medicamento, la dinámica de la institución psiquiátrica.

El paciente psiquiátrico se comporta de forma distinta con cada uno de los miembros de su familia, como de hecho lo hace con el personal del hospital o con los visitantes, y viceversa. Lo anterior demuestra que el comportamiento no es individual sino fruto de una relación compleja de intercambio. El argumento que declara que el comportamiento esquizofrénico es consecuencia de una lesión cerebral deja sin explicar por qué existe también una actitud diferenciada para cada persona. En todo caso, abre el interrogante sobre la forma en que la lesión orgánica se manifiesta social y emotivamente dentro de cada situación en particular, y por qué la misma lesión en distintas personas puede producir comportamientos tan disímiles. La violencia no representa sino una condición estructural de las relaciones sociales, tiene un fin que al mismo tiempo es el medio: el vínculo. La hostilidad es un efecto más que una causa, una posición secundaria de la afección que puede aparecer ante el sentimiento de abandono, ante la impotencia sobre las órdenes, ante el dolor de la vida cotidiana o ante la necesidad de ordenar una estructura caótica. Por lo anterior es que la agresión humana no puede colocarse en la dimensión de la violencia animal por

[34] Estas conjeturas, si bien parten de una serie de postulados teóricos, juegan también —como lo ha demostrado Georges Devereux— como mecanismos de defensa ante la angustia que puede generar el paciente mental (Devereux, 1991).

la supervivencia. Los golpes son signos que se intercambian para que el paciente tenga una dimensión de semejante.

Una idea delirante se entiende como una creencia falsa cuya exposición se opone a la lógica. Ésta es de corte individual y es atribuida a desórdenes del pensamiento. Su explicación parte principalmente de dos posturas teóricas:

> Una expresa que una disfunción bioquímica o fisiológica constituye el proceso básico de la enfermedad y que la idea delirante proviene de las percepciones defectuosas o de la interpretación originada por esta disfunción. La otra opinión expresa que la formación de una idea delirante es una defensa psicológica que permite al paciente hacer frente a impulsos dolorosos o amenazadores, necesidades, o conflictos aun a costa de perder su contacto con la realidad. Según esta opinión el paciente emplea los mismos mecanismos de rechazo y proyección que todos usamos a veces, sólo que en un grado exagerado y patológico (Solomon y Vernon, 1972:43).

La primera postura en torno a la explicación de las ideas delirantes la encontramos arraigada en la formación de los médicos psiquiatras a quienes tuvimos la oportunidad de entrevistar en el sanatorio psiquiátrico. La concepción médica actual no difiere sustancialmente de la estudiada por Goffman o Foucault y sobre las que fundamentan sus críticas, críticas que hacemos nuestras. Así, para la psiquiatría:

- El delirio, como la fiebre, es un síntoma propio de la enfermedad mental.
- Toda enfermedad mental es consecuencia de una disfunción de naturaleza biológica (física, bioquímica o genética).
- El entorno social, particularmente la familia, no son la causa verdadera de la enfermedad. En todo caso, la precariedad de las relaciones emocionales aunada siempre a la predisposición genética podría considerarse un detonante, mas nunca una causa definitiva.
- Las enfermedades mentales deben considerarse de manera idéntica a cualquier otro tipo de enfermedades tratadas por otras especialidades.

Los extractos de entrevistas que a continuación reproducimos describen las posturas y los argumentos de los médicos especialistas que laboran en el sanatorio psiquiátrico y están relacionados con los puntos anteriores en torno al origen y desarrollo de la denominada enfermedad mental.

- Respecto al delirio comenta un psiquiatra: "actualmente se dice que los síntomas delirantes se tienen porque hay una alteración en el hipotálamo, en algún núcleo cerebral o en los neurotransmisores, eso ya está demostrado".
- En relación con la teoría genética, se afirma que "se han identificado genes que están implicados en la esquizofrenia. Si un padre es esquizofrénico tiene un alto porcentaje de tener un hijo esquizofrénico. Existen genes identificados en la esquizofrenia, así como existen para la diabetes, la obesidad, el trastorno bipolar o la depresión; casi todas las enfermedades ya tienen un componente genético".
- Ante la pregunta de si alguien tuviera la enfermedad genéticamente, pero una vida equilibrada, sería candidato a desarrollar la enfermedad o ésta se quedara latente, el médico psiquiatra es categórico: "si tienes el gen vas a desarrollar la enfermedad", y añade: "desafortunadamente, todavía las enfermedades mentales originan muchos mitos. Hay mucho desconocimiento de lo que es la salud mental y eso crea un problema para el paciente y para el familiar. Cuando se enferma el paciente y no saben qué tiene, no saben a dónde acudir, no saben qué hacer; creen que es porque lo educaron mal o por culpa de alguien. Empiezan a buscar culpables y explicaciones posibles: de la mamá o del papá, o porque el paciente sintió rechazo o falta de amor. Esto no debe ser así, ya que es una enfermedad".[35]

[35] Comenta un psiquiatra: "Hay pacientes que llegan a la consulta y dicen: Doctor, yo tengo una buena familia, una buena esposa, un buen trabajo; no tengo problemas, ni económicos, ni de ningún tipo, pero me siento mal, me siento deprimido, no tengo ganas de nada, siento que el mundo se me vino encima. ¿Cómo se explica eso? No hay ningún factor externo, o sea, es una depresión, es una enfermedad. La depresión está químicamente demostrado que es una enfermedad. Lógicamente si el paciente va a desarrollar depresión y se deprime y además está rodeado de problemas: lo corren del trabajo, la esposa lo deja, lógicamente la depresión va a desarrollarse más intensamente, va a tener un cuadro depresivo más grande,

- Otro argumento que ofrece un psiquiatra es el que establece que la enfermedad mental obedece a una alteración bioquímica del cuerpo, por lo que "cualquiera puede llegarse a deprimir y en cualquier momento. Hay niños con depresión, hay ancianos con depresión, hay jóvenes con depresión. La depresión, igualmente, es una alteración biológica, consecuencia de una alteración bioquímica. De ahí que los antidepresivos trabajen a nivel de los neurotransmisores".
- La presunción de la lesión cerebral es explicada de la manera siguiente: "la psiquiatría tiene dos o tres teorías. La principal es que nuestras funciones básicas responden a impulsos eléctricos y recambios químicos: eso es lo que somos. Si el corazón deja de mandar impulsos eléctricos te mueres, si el cerebro te deja de mandar impulsos eléctricos te deja en coma, provocando la muerte cerebral. Si el cerebro, por alguna razón, te deja de mandar impulsos eléctricos te puedes morir, debido a la carencia precisamente de los cablecitos o nervios. El cerebro es como una pequeña batería que obedece a una serie de recambios químicos: eso es lo que nos hace funcionar. La teoría dopaminérgica establece que sufrimos cambios químicos dentro de nosotros, cambios del sistema celular: el paso es menor o mayor, eso explica la alteración" (notas del diario de campo).

Como claramente es expresado por los psiquiatras, las teorías de corte psicológico o psicoanalítico corresponden sólo a lo terapéutico, que en términos médicos quiere decir que sirven únicamente como apoyo al tratamiento definido gracias al diagnóstico realizado con base en los lineamientos de naturaleza orgánica. La mirada médica considera al sujeto como un sistema cerrado, homeostático, que responde a las leyes de la física y la química; cree que este cuerpo orgánico es propenso a dañarse más allá de todo contexto relacional, por lo que de ello deriva lo siguiente:

- El cerebro, como cualquier órgano, es susceptible de daño. El delirio y los trastornos de personalidad son la consecuencia de la enfermedad.

---

pero la depresión es una enfermedad. Todas estas enfermedades desde el punto de vista psiquiátrico son enfermedades neurológicas, son enfermedades que tienen su origen en una falla neurobioquímica" (notas del diario de campo).

- Dado que se observan pacientes que caminan fracturados o con lesiones corporales sin mostrar incomodidad o dolor, se deduce que el esquizofrénico no sufre, no demuestra su dolor ni tiene conciencia de sí.
- Se dice que la esquizofrenia deteriora de manera irreversible la salud de quien la padece, de ahí que el paciente crónico puede equipararse a cualquier otro enfermo que se encuentra en fase terminal.
- El psiquiatra tiene el deber de controlar al paciente por medio del medicamento.
- La esquizofrenia es incurable y, como muchas otras enfermedades, se justifica su control institucional como enfermedad terminal.
- Más allá de todo medio social y familiar, la enfermedad se expresa en el cuerpo, punto de partida para realizar el diagnóstico y punto de retorno para aplicar la terapéutica.

La lógica de las consecuencias parte de la aceptación de los presupuestos. Si estos últimos son cuestionados, el resto de los axiomas se derrumba. Toda modalidad de intervención clínica o terapéutica deriva de los supuestos epistemológicos y teóricos sobre los que se erige. El dispositivo psiquiátrico difiere del psicológico conductual o el sistémico grupal, así como del psicoanalítico. Sin duda, los efectos sobre el sujeto, la institución o la familia difieren, de ahí la importancia de la reflexión de los límites y alcances de cada uno de éstos.

Reflexiones finales en torno al modelo médico

> El paciente comentó que había pertenecido a la Marina. Le creí. Meses después, frente a su madre, comentó que había trabajado para la Marina, al negarlo ella, enojado dio sus probanzas: recuerda que de niño usaba un traje de marinero y además enseña la marca registrada en la suela de su tenis nuevo: Marine Power.
>
> Notas del diario de campo

Es común escuchar que un paciente mental que ha sido "controlado" en el hospital regresa desmejorado después de visitar a la fami-

lia. Es posible que se logre su estabilización como consecuencia de diversas variables, como son: el alejamiento relativo de la familia, la ingestión de medicamentos, las terapias institucionales. No obstante, este equilibrio muestra su fragilidad ante el poder que la familia ejerce sobre el sujeto. Psicoanalistas como Maud Mannoni se plantearon este problema desde la perspectiva clínica hospitalaria, tratando de proponer un medio terapéutico alternativo. Consciente de que los padres y la familia son parte de la historia significativa del paciente y que no es negando su presencia como se resuelve el problema, Mannoni, como directora de un hospital y de un proyecto institucional, logró que los enfermos se incorporaran en el medio social como ayudantes en algún oficio o actividad. Se ponían en juego al menos tres instancias: *a*) el hospital como una instancia tercera, mediadora, con programas de terapia psicoanalítica, *b*) el medio social, con las propias responsabilidades que conlleva el ejercicio laboral y *c*) la familia. El hospital jugaba así como un mediador entre la familia y el paciente, para facilitar a este último su inserción en algún nicho social y laboral, el objetivo era poner a una distancia prudente a la familia, pero sin desconocer su participación, lo que implica el reconocimiento de la etiología de la enfermedad dentro de la familia.

Debe pensarse el modelo médico precisamente como un modelo entre otros posibles; para ello es necesario la autorreflexión y la crítica de las prácticas institucionales, y deslindar analíticamente las causas orgánicas del comportamiento del paciente de aquellas otras resultantes de la interacción institucional, familiar y social. Y es que el medio institucional excluye la situación interpersonal que puede ser la causante de ciertas psicosis llamadas funcionales, como afirma Goffman:

> El medio interpersonal del paciente se hace inseparable de la alteración que experimenta. Sin duda sería posible, teóricamente, que un ligero cambio terapéutico operado en el enfermo ejerciera un benéfico efecto circular sobre su medio, cuando se le reintegrase a él; también se podría disponer que volviese a un medio nuevo; en la práctica, sin embargo, después que se le da de alta, se le envía nuevamente al sistema del que su respuesta psicótica forma parte natural (Goffman, 1992:357).

En la medida en que la sociedad no acepta al enfermo crónico, o son inexistentes algunos nichos sociales en donde el paciente pu-

diera encontrar cabida, el hospital se encargará de encapsularlos. Por su parte, la familia que ha aceptado la reclusión (por los motivos que sean) colude con la institución psiquiátrica y reafirma la condición regresiva del paciente, su alienación en un imaginario infantilizado que se refuerza en la dinámica proveedora de ambas instituciones: familia y hospital. Lo que fracasa en el nivel familiar lo intenta llevar a cabo, tardíamente, el hospital. Médicos y familiares refuerzan el cuidado y control del cuerpo para tratar de satisfacerlo en esta dimensión de las necesidades; se refuerzan así los fantasmas persecutorios, porque ambas instituciones devoran al sujeto, como en su momento lo hizo la madre con el deseo inconsciente del hijo, y como lo sigue haciendo cuando ésta le lleva juguetes, alimento, dulces, cigarros; lo cuida y lo abraza como si fuera un bebé, se despide de él entre sus pechos, etcétera. Atascamiento en el orden de lo imaginario que este peculiar intercambio refuerza.[36]

[36] Desde la perspectiva del análisis sistémico puede encontrarse la misma crítica audaz en el ensayo de Jay Haley, "El arte de ser esquizofrénico", publicado en el libro *Las tácticas del poder de Jesucristo y otros ensayos* (1991).

El delirio esquizofrénico: vocabulario de una experiencia familiar

Paciente: Me pasan cosas en sueños, y ya me cansaron.

Sociólogo: ¿Los sueños te cansaron?

Paciente: Soñando pura pendejada, no duermo bien.

Sociólogo: Es feo tener insomnio.

Paciente: Sí, hasta me dan ganas de dormirme en sueños, pero no puedo […].

Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

En *Las formas elementales de la vida religiosa*, Durkheim sostenía que los rituales son procesos de creación e ideación colectiva, ya que durante un ritual puede inventarse una danza, un gesto inédito, un rezo nuevo, que después pasan a formar parte de la sociedad instituida. Los ritos pueden recrear al mito —como pensaba Malinowski— y éstos a su vez evocar el origen; en ese sentido, los ritos evocan las grandes proezas de los dioses de antaño por medio de magias y revelaciones que reviven el origen del universo. Mircea Eliade ha estudiado la equiparación de los símbolos entre culturas distintas de tal suerte que la escalera, el lazo o una vara representan la unión entre el mundo terrenal y el universo celestial: son símbolos arquetípicos. Cristales intemporales que transmiten, pro-

bablemente, figuraciones inconscientes de angustias sobre la muerte o el más allá, a las que se les otorga un sentido de comunión.

Más interesado en los procesos irracionales relacionados con el erotismo, el juego o la muerte, el Colegio de Sociología afirmaría que los símbolos son creados en los actos, son fruto del cuerpo en acción. El símbolo brota como creación pura, como expresa el antropólogo Nigel Barley en el título de uno de sus libros, *Bailando sobre la tumba*. La metáfora es consecuencia de la interacción social dada en un tiempo y espacio único; permite la convergencia de las pautas de cada integrante en un solo concierto. Es la música que une a la danza, los rezos, los gestos en una misma sobreexcitación corporal. La figura creada en acto es la posibilidad de compartir una experiencia en tanto vivencia de lenguaje. Si durante un funeral católico alguien repentinamente recita unos versos, canta, o deja volar unas mariposas, estaremos, como dice Ortega y Gasset, frente a un "tropo de acción", confección imaginaria por vía gestual, comunicación luminosa de una experiencia colectiva. La metáfora, así, intercede en la creación del vínculo social.

> Una metáfora es una unidad lingüística de estados corporales coordinados entre miembros de un grupo social: un solo paso de danza, en lenguaje, que compromete a los participantes en interacción. Una narrativa o historia es una unidad lingüística de estados corporales coordinados que se extienden del principio al fin de una experiencia humana: una danza concluida, en lenguaje, que comprometa a sus participantes en interacciones pautadas desde su comienzo a su fin (Griffith y Elliott, 1996:63).

La posibilidad de conjuntar la dimensión emocional y corporal en una misma experiencia es posible gracias al poder de la metáfora. Eso explica el interés de la antropología o el psicoanálisis por la ritualidad. Y es que, como decíamos, la metáfora es la posibilidad de establecer un lenguaje social en donde el cuerpo no se encuentra ausente, como tampoco lo está cuando se conforma el síntoma. De ahí que la base de la intervención psicoterapéutica sea de naturaleza metafórica (y también metonímica), independientemente de la escuela que se profese.

Asimismo, el lenguaje ha sido centro de interés tanto para los antropólogos como para los psicoanalistas para entender fenómenos

como la creencia, la hechicería o la magia y las emociones que se encuentran subyacentes. Junto con el papel del grupo, la importancia de la conciencia colectiva y el reconocimiento social, la eficacia de la magia estriba en la lógica del lenguaje. El lenguaje está más allá de los individuos porque, al igual que la sociedad, es un elemento omnipotente que los constituye lejos de su voluntad; pero también los acerca gracias a su poder litúrgico. La fuerza del lenguaje estriba en esta capacidad metafórica y metonímica que facilita los procesos de asociación y desplazamiento, explicados por Freud en *La interpretación de los sueños*. También James George Frazer y Marcel Mauss hablaban de la magia por contigüidad y simpatía: lo semejante produce lo semejante, la parte hace al todo, etcétera. Asociaciones que dependen y son posibles gracias a los sueños que cada sociedad se forja y de la experiencia e historia inscrita en la carne de cada individuo. Las plegarias y hechicerías, al invocar, convocan la realidad, de la misma forma que la fuerza que incorpora cada palabra varía por lo que representa. El mundo tiene variedad de facetas y se significa a través de muchas figuras imaginarias originales. Creencia y magia fundan su eficacia en el lenguaje que asocia, produce símbolos y hace metáfora de lo indecible. La sociedad es también lenguaje porque en sus prohibiciones y ritualidades pone límites entre lo sagrado y lo profano, lo puro y lo impuro, lo invisible y lo visible, la carne y el hueso, lo duro y lo blando. A través de sus emblemas se reconocen las diferencias y todas estas distinciones que imposibilitan el caos y las mezclas que borran las identidades y, por ende, las jerarquías (Caillois, 2004).

El chamán es el operador simbólico de la sociedad (Lévi-Strauss, 1994). La magia puede verse también como un mecanismo que procesa los conflictos derivados de las relaciones sociales, otorgando sentido a eventos que escapan a la lógica y racionalidad. E.E. Evans-Pritchard ve en la hechicería practicada por los azande un sistema que satisface estas necesidades emocionales y cumple la función última de cohesionar a la comunidad. Cuando alguien es acusado de hechicería se ve compelido a un sistema de prescripciones que se tienen que cumplir más allá de que la persona esté o no de acuerdo con la acusación; la participación ritual sostiene la matriz de creencia colectiva que preserva así la inteligibilidad de los sucesos. Claude Lévi-Strauss afirma que estas prácticas son “sistemas flotantes” que se ajustan a los vacíos de sentido que toda sociedad enfrenta.

Hablamos así del poder de la palabra que tiene el don de curar o enfermar, que sitúa el destino de cada sujeto frente a la sociedad, las instituciones y las estructuras de parentesco. Lenguaje que introduce al sujeto frente a la ley del Otro al que se debe, se brinda y se sacrifica. El individuo no puede dejar de producir símbolos; así, en las cárceles, que tienen la finalidad de excluir e incomunicar a los prisioneros, hay creación imaginaria y verbal, apropiación de espacios y cuerpos tatuados; lo mismo se puede decir de los muertos: ellos también hablan a su manera, por eso se les brinda toda clase de exequias (para no hablar del papel fundamental que representan en el análisis del criminalista). Lo mismo podemos decir del llamado enfermo mental. Su comportamiento y discurso no son un residuo inútil al que hay que eliminar a través de medicamentos, electroshock o el aislamiento. Es verdad que el cuerpo y la palabra no responden al contexto social, lo que no significa que no pueda ser estudiado conforme las reglas de la interacción situacional, la historia familiar o la dinámica estructural. Cuando uno escucha el delirio del esquizofrénico no deja de sorprender ciertas reiteraciones en torno a la evocación de la ley (Dios, Jesucristo, la policía, los médicos, etcétera), los espectros de muerte o las figuraciones mágicas en donde interviene la idea del tabú y el desastre en caso de transgresión, la ambigüedad identitaria, etcétera.

Sin duda, la manera de acotar, seleccionar o clasificar el discurso difiere de acuerdo con las teorías, lo que explica las diferencias profundas entre la psiquiatría y las ciencias sociales. En ciencias sociales se lucha mucho más por impedir que se encierren en un solo discurso cientificista determinados problemas, que la conquista cabal dé un lugar desde donde se tomen decisiones de poder. Ante la psiquiatrización de la vida cotidiana moderna, la apuesta es por entender los procesos de socialización y subjetivación que explican la maleabilidad del comportamiento humano, lo que significa salir de los casilleros clasificadores que excluyen la explicación en función del etiquetamiento.

Los fantasmas de muerte y la dinámica familiar

Padre de una paciente: Nada más pedirle a Dios que nos dé paciencia para soportarla, es una carga pe-

sada; esta enfermedad no se la deseo ni a mi peor enemigo. Cualquier otra enfermedad las personas se salvan o se mueren, como por ejemplo, la diabetes; la diabetes si no se cuida, se va rápido uno [...].

Notas del diario de campo

Familiar de un paciente: No sé cuándo va a acabar esto [...]. Ya se me hacen muchos años [...].

Notas del diario de campo

Cuando la dinámica que establece la familia culmina en el hecho de que uno o varios de sus miembros son diagnosticados con alguna enfermedad mental, se complica la posibilidad de cualquier cambio. La familia termina por blindarse ante cualquier elemento que funja como un "tercero" que dé cuenta del funcionamiento repetitivo que imposibilita toda innovación; las actividades de la familia giran alrededor de un chivo expiatorio que impide todo discurso o propuesta de reflexión en torno a la naturaleza emotiva de los vínculos. Como lo ha demostrado Enrique Pichón-Rivière, el chivo emisario es el individuo que porta la voz del grupo, es el representante que condensa un campo de significaciones de la comunicación familiar. No se puede entender al criminal fuera de un contexto criminógeno, ejemplo de ello es el siguiente testimonio de una madre que intuye que su hijo, hoy paciente psiquiátrico, forma parte de un todo mayor. Así, cuando explica las causas de la enfermedad de su hijo, comenta:

[...] se juntó todo y los problemas fueron los que provocaron que mi hijo explotara, que estallara. *Se hizo a la personalidad de todos, pero no definió la suya*. *No maduró. Su carácter era muy sensible, muy noble, creen que eso le provocó la enfermedad.* Mi madre antes de morir me dijo que dos de mis tíos acabaron en el manicomio [...] (notas del diario de campo).

Toda deliberación en relación con la enfermedad mental que involucre al grupo familiar es vivida como algo amenazante; paradójicamente, las familias solicitan ayuda desesperadamente ante

la situación en la que se encuentran, pero a medida que se medita sobre el pasado familiar y la naturaleza de las relaciones entre sus integrantes se sienten amenazadas; acaban por retraerse hacia una realidad que continúan recreando emocionalmente. Despliegue de incongruencias. Quejas, demandas de ayuda, retraimiento, murallas defensivas, realidad vivida como impuesta, recreación de una comunicación endogámica, búsqueda de causas razonables, angustias y violencias inconscientes repetidas. Desde antes de que se establezca cualquier diagnóstico hasta el encierro psiquiátrico, las familias establecen una comunicación ininteligible, como si se suspendiera algo del orden cultural y simbólico; es algo que pasmosamente comparten. Arnold van Gennep señala que la complejidad de la vida consiste en pasar sucesivamente de un estado social a otro, y que cada etapa es separada por ceremonias o ritos de pasaje que se realizan especialmente para dejar una huella de la transmutación estructural y emocional de los individuos frente a la comunidad (Gennep, 2008). Los ritos de pasaje proporcionan los símbolos apropiados para transitar de una condición, jerarquía o estatuto a otro. Son también prácticas que establecen límites precisos entre aquello que está o no prohibido. Sin embargo, la "carrera moral" de la familia del paciente psiquiátrico parece vivir en un estado homeostático crónico que obtura muchos de sus procesos diferenciadores vitales. El estancamiento sufrido, pero inconscientemente provocado, lleva a estos grupos familiares a vivir procesos de socialización con características propias. Se trata de familias que experimentan sentimientos comunes, de tal manera que éstas constituyen un cuerpo único en donde la separación de alguno de sus integrantes se vive como una mutilación real, angustiante y mortífera. La organización cotidiana se establece de forma trágica y contundente una vez que uno de los integrantes toma el lugar de la enfermedad, la convivencia se afianza y se centran los problemas en el individuo sintomático. Después, las dificultades son atribuidas más fácilmente a la convivencia con el enfermo mental.

Los "síntomas de la enfermedad" dependen de la gravedad del trastorno, del tipo de tratamiento recibido, de la edad, del sexo y de las condiciones étnicas, económicas, sociales y emocionales del enfermo, pero lejos de estas variables, la característica general de los síntomas que manifiesta la enfermedad (pérdida de la memoria, falta de atención, déficit en las funciones ejecutivas, irreverencia, falta de control de impulsos, alucinaciones, etcétera)

apunta al rompimiento de las reglas de la interacción social "cara a cara", por lo que la incertidumbre en cada situación pasa a ser una constante. ¿Qué representa el enfermo mental? Un futuro violento, el recuerdo de un pasado cargado de melancolías sin duelo, un presente vagabundo y errático, lleno de agresiones verbales y de esperanzas derrumbadas. Convivir con un enfermo mental significa para la familia tener una responsabilidad constante y permanente, no sólo económica sino sobre todo moral, lo cual se traduce en los cuidados de tiempo completo dedicados al paciente. El tiempo de la enfermedad termina por imprimir su ritmo al resto de los familiares, e incluso a la organización del hospital.

La familia crónica se liga a la enfermedad crónica. Es cierto que hay integrantes de la familia que se alejan y no quieren saber nada del pariente enfermo, lo que produce resentimientos con el resto de los miembros que se encuentran a su cuidado. Pero esto no cambia en nada el hecho de que se establece una dinámica de vínculos emocionales que van más allá del tiempo y el espacio. La familia extensa puede estar menos implicada con la enfermedad con respecto a la familia nuclear; sin embargo, la cuestión no responde a un problema del número de implicados, sino a la naturaleza de la interacción y la comunicación que se establece. Por ejemplo, dentro de la esfera grupal la madre juega casi siempre un papel determinante en la toma de decisiones, aparece más comprometida con el hijo y tiende a descalificar al padre. El padre, por su parte —si no está ausente—, tiende a no sostenerse en su función separadora, de orientación y marcaje de límites.

Asimismo, la enfermedad reivindica un tiempo institucional absorbente tanto del sanatorio como de parte de la familia. Como observamos con anterioridad, el sanatorio exige presencia y cuidado de la familia: el abastecimiento de enseres, la visita regular, la asistencia a las pláticas técnicas, la convivencia en aniversarios y días festivos. La experiencia muestra que los vínculos institucionales, si bien van más allá del núcleo familiar, no prescinden de este último. Como dice Foucault, la familia funge como bisagra entre las diversas instituciones, de tal manera que se puede permanecer en la escuela, en el hospital, en el trabajo o en la cárcel y regresar en determinado momento a la entraña familiar.[37]

[37] Como vimos en capítulos anteriores, el encierro de uno no implica la liberación del resto del grupo. Hay tiempos y reglas claras que las institucio-

La glosa esquizofrénica imprime su sello de ambigüedad inquietante. Risa idiota o irónica, violenta y dolorosa. En los viejos documentales la reconocemos, persiste a través del tiempo y en cada uno de los sujetos crónicos; signo evidente de la lesión cerebral, a decir de los psiquiatras, cuerpo sin metalenguaje, afirmaría el antropólogo. No todos los enfermos mentales provocan un efecto disociador en el hogar y no todas las familias lo rechazan; algunas familias muestran una paciencia estoica, al grado que el paciente no precisará un internamiento psiquiátrico. Sin duda que la transmisión de creencias de antaño y los lazos afectivos del grupo familiar van a desempeñar un papel fundamental y establecer una serie de lealtades invisibles, como dice Iván Boszormenyi-Nagy, las cuales explican por qué los lazos filiales desempeñan un papel fundamental en los comportamientos transgresores.[38] La mayoría de las veces el relato proporcionado por un integrante de la familia, que habla sobre la convivencia con un enfermo mental, es trágico debido tal vez a este nudo filial imposible de desenredar.

El paciente no está fuera de la interacción, es un integrante activo del contexto comunicativo; el que sea considerado para el resto de la familia un "paquete", "la cruz" o la "mochila" con la que se tiene que cargar de por vida, lo hace partícipe de un sistema, aunque sea percibido como algo extraño y venido de fuera. Aunque la enfermedad sea considerada un intruso ajeno a la dinámica de la familia, este intruso hace sentido con la estructura o, para decirlo en los términos que la familia prefiere: "es un problema que

nes imponen y extienden a la familia: hora de visita, salidas semanales, tipo de alimentos y objetos por introducir; determinadas obligaciones. Las prisiones, por ejemplo, extienden sus largos brazos para imponer férreamente sus reglas formales e informales. Las familias cambian sus hábitos y costumbres cotidianas adaptándose a la nueva situación. Las ligaduras que los atan son invisibles pero férreas. Desplazamientos largos y visitas cortas que no son reconfortantes, ya que el enfermo es metáfora indescifrable. Las visitas familiares en el hospital se traducen en desencuentros, conflictos y tensiones, en suma, reuniones en donde la culpa priva sobre la satisfacción y la amenidad.

[38] Como lealtad invisible, el autor se refiere a ese compromiso inefable, pero con el poder preciso para enlazar individuos en un contexto determinado, donde una vez entrelazados se llega a un equilibrio difícil de alterar. El autor sostendrá, como muchos otros teóricos sistémicos, que el proceso de la esquizofrenia es el efecto del mismo grupo y de la lealtad del paciente (Boszormenyi-Nagy, 2003).

explica los otros problemas, es *el problema de donde derivan todos los demás problemas*".

Esta forma de ver la enfermedad es ignorante de los procesos de mistificación —la expresión es de Laing— de la conciencia por los que pasa el grupo familiar, generados por la interacción, los procesos de intercambio y transmisión generacional. En pocas palabras, la familia desconoce aquello que produce: la alienación grupal. Sin duda, el sufrimiento se traduce en desesperación, lo que explica a su vez la evocación diversa que los familiares hacen sobre la muerte. El agotamiento emocional que florece de la convivencia con un paciente psiquiátrico crónico termina haciendo de éste una compañía pesada, indeseable e intolerable, y esto aun a sabiendas de que se reconoce que sus comportamientos no son voluntarios, sino que obedecen a la "enfermedad cerebral".

Puesto el foco de atención únicamente en el denominado enfermo mental, el resto de la familia está convencida de que éste es el responsable de tensar las relaciones sociales y afectivas, en suma, de "enloquecer" la situación de interacción. El enfermo toma un liderazgo de identidad negativa que pone en jaque cualquier forma de organización familiar, por el hecho de representar la desesperanza de cura y una imagen de amenaza latente. El enfermo mental tiene la capacidad de desatar una tormenta para provocar el desastre cotidiano, tal vez no con el grado de peligrosidad que se le atribuye, pero sí con la prestancia de la que ahora es dueño. Por eso, muchas familias pierden la disposición de cuidar a sus enfermos; su lugar, consideran, es el hospital.[39] Ya no entran en los planes ni en la organización del grupo de origen; excluidos del hogar no tienen ya posibilidad de estar más con sus familiares, puesto que les representan una carga o una amenaza, son considerados como "enfermos terminales" con funciones atrofiadas que físicamente los llevarán a la muerte, pero también son desahuciados en el sentido simbólico ya que las esperanzas de recuperación psíquica son nulas.[40] Una vez agotada la tranquilidad y rotos los planes

[39] Muchos pacientes pierden, de esta manera, su lugar en la familia, su espacio, su cuarto. Señalaba un médico del hospital que "hasta las 'chachas' (refiriéndose a las trabajadoras domésticas) tienen un cuartito en la azotea, pero muchos de estos pacientes ya perdieron el suyo" (notas del diario de campo).

[40] En contraste, cualquier otro enfermo desahuciado, por ejemplo, de cáncer, de cirrosis, o diabetes es muchas veces acogido en el hogar para los cuidados, en los últimos días.

familiares, desaparece la disposición para atender al paciente; éste representa una carga y surge una intensa necesidad de excluirlo del mundo familiar y social por medio del confinamiento.[41] Los testimonios siguientes ilustran las situaciones descritas con anterioridad:

- "Estuvo en el Fray Bernardino —comenta la hermana de una interna—. Después de tres meses la dieron de alta, pero la verdad, en casa no la podíamos ya tener, era difícil porque no dormíamos tranquilos, vivíamos con la preocupación de que le fuera a pasar algo, porque prendía cerillos o se salía de madrugada a la calle".
- "Uno ya tiene su vida estructurada y sabes que cuando tu familiar sale del hospital de visita a la casa, hay que hacerle un huequito para darle atención: son horas y días. Cada visita al hogar es un tormento, matar el tiempo, ¡no es fácil, no es fácil!".
- La hija de una paciente comenta que no deben dar de alta a su madre, ya que es muy difícil que ésta se recupere; al mismo tiempo confiesa que no le gustaría tenerla en su casa porque desequilibraría su vida y la del resto de sus seres queridos, "los que más la han cuidado". Esta hija trabaja en el ámbito del turismo y sabe que, de tener en casa a su madre, ésta le causaría pérdidas económicas: "la clientela bajaría mucho", afirma. Además no sabe cómo resolvería esta atención extra, porque tiene que cuidar a su abuela.
- Una paciente comenta que su hermano le promete llevarla a la casa, aunque le confiesa que tendrían que arreglar su cuarto que ha sido destinado como bodega de enseres domésticos. La paciente confiesa su sentimiento de exclusión en el espacio familiar.
- Ante las sistemáticas ausencias de los familiares de los internos los días de visita, el director del sanatorio psiquiátrico, a manera de castigo, estableció la regla de externar a los pacien-

[41] Como vimos en la primera parte, se piensa que la nueva organización del grupo familiar, ya sin el enfermo viviendo en casa, será sinónimo de confort y tranquilidad; sin embargo, la reclusión hospitalaria, esa medida de desesperación, reconfigurará las ligaduras viscosas con la familia reproduciendo una dinámica similar, pegajosa, sin cambios significativos en las emociones y angustias familiares.

tes de aquellas familias que reincidieran en dicha conducta, con la finalidad de garantizar siempre su asistencia (notas del diario de campo).

Enfermos terminales, pero sin diagnóstico certero. Arrojados a la soledad, exiliados en un naufragio social, muchos de ellos están destinados a morir en un encierro triste y desolado, ya que su enfermedad "así lo exige"; las justificaciones varían: *a*) representan una amenaza para ellos mismos; *b*) representan una amenaza para la sociedad; *c*) la enfermedad es crónica e incurable; *d*) no pueden valerse por sí mismos; *e*) requieren de una atención médica especializada.

En efecto, el imaginario de peligrosidad que envuelve al paciente lo obliga al destierro, no tienen un espacio dentro de la familia, debido a las agresiones que se provocaron en el pasado. El rechazo de su ser se manifiesta en múltiples dimensiones que van desde el abandono, el olvido y el encierro, hasta el desdibujamiento de su persona. He aquí algunos otros ejemplos:

- Cuando la hermana de una interna platica sobre su familia, clasifica a sus hermanos entre "los que están casados" y "los que son solteros". Su hermana enferma no se incluye en esta estructura de clasificación, simplemente no entra en su sistema de organización familiar.
- Un entrevistador pregunta a los hermanos si, de algún modo, conversan entre ellos sobre la enfermedad del paciente, a lo que la hermana responde: "no, ya sabemos que no tiene remedio, ya no hablamos de él".
- Ante los gritos de un paciente, un médico psiquiatra comenta que los pacientes crónicos no sufren debido a su estado de inconsciencia.
- Otro médico psiquiatra reconoce que los mejores pacientes son aquellos que permanecen inmóviles, ya que no son demandantes.
- Un paciente crónico, que vivía postrado entre su cama y la silla de ruedas, muere. Un médico afirma que dada su condición psiquiátrica no sufrió y que la familia se alegró al darles la noticia (notas del diario de campo).

La proliferación de ideas sobre la muerte no es privativa de la enfermedad mental, aunque esta última, debido a su prolongación,

presenta un terreno fértil para la propagación de aquéllas.[42] Otras veces es la vivencia simbiótica la que hace del grupo un cuerpo sufriente. Es común observar que no sólo el paciente internado ingiere medicamento psicotrópico, que las enfermedades de la familia se atribuyen o se equiparan a la denominada enfermedad mental, que las depresiones e incluso intentos de suicidio suceden en algún integrante previamente identificado con el familiar internado. Confusión de quién es quién, licuefacción mortífera. La madre de una paciente sostenía el diálogo siguiente con su hija, mismo que refleja el destino conjunto, la identificación imaginaria en la vida y en la muerte:

> A veces se enojaba porque las medicinas no le producían efecto y ella lloraba y me preguntaba: Oiga, mamá, ¿qué voy a hacer cuando usted se muera? ¿Con quién me voy a quedar? Y yo le contestaba: no te preocupes hija, si Dios se acuerda de nosotras, un ataúd vendrá después de otro. Sí, mamá, nos vamos a ir juntas. Si hija, no te preocupes (notas del diario de campo).

El universo entre los vivos y los muertos, entre el imaginario invisible y la realidad visible está roto. "Si Dios se acuerda de nosotras, un ataúd vendrá después de otro": madre e hija, no pueden concebirse separadas; cada una ve en la otra su rostro, como si una fuera el reflejo o sombra de la otra. La psicoanalista Maud Mannoni al respecto comenta:

> La relación amorosa madre-hijo tendrá siempre, en ese caso, un trasfondo de muerte, de muerte negada, disfrazada, la mayor parte del tiempo de amor sublime; a veces de indiferencia patológica; en ocasiones, de rechazo consciente; pero las ideas de muerte están, en verdad, ahí, aunque todas las madres no pueden tomar conciencia de ello. La aceptación de ese hecho está por lo demás

[42] Como lo ilustra este otro comentario de una madre que tiene a su hijo internado en el sanatorio psiquiátrico: "Mire, yo ando investigando si hay algún internado de medio tiempo, si hay algún otro lado en donde lo pudiera tener. Pero yo quisiera que me ayudaran, que me apoyaran a que él se quedara aquí. Un doctor en medicina general me decía que estos enfermos duran entre quince y veinte años; de su enfermedad ya han pasado los quince años y él sigue vivo. Entonces habrá que esperar otros quince o veinte años para que él muera. Porque dicen que en cada crisis van muriendo las neuronas del cerebro (notas del diario de campo).

> ligada, la mayor parte del tiempo, a un deseo de suicidio; ello es tan cierto que se trata aquí, concretada en forma ejemplar, de una situación en la que madre e hijo no son más que uno. Toda ocasión en la que se desprecia al niño es recibida por la madre por un ataque a su propia persona. Todo desahucio significa para ella su propia condena de muerte. Si decide vivir será preciso que lo haga en oposición al cuerpo médico. Con la muy frecuente complicidad callada del marido, impotente ante un drama que jamás lo afectará de la misma manera (Mannoni, 1989:20).

Frente al espejo nos interrogamos —como en los cuentos infantiles—, quiénes somos y qué esperamos, la verdad sobre la belleza, los misterios de la vida e incluso la angustia del vacío que los muertos y vampiros inspiran frente a él. Madre e hija estrechan el lazo afectivo haciendo reversible su yo; en ellas priva un apremio que impide toda diferenciación en la vida y, por ende, en la muerte. La diferencia generacional que apunta a un tiempo natural en donde los jóvenes jamás alcanzarán a los viejos, se estrecha hasta la confusión. La enfermedad tiene su fundamento en la intrusión recíproca, que se acota y encarna en el llamado paciente psiquiátrico.

Muchas personas salen de casa por problemas con la familia, logran así vivir solas, con amigos o deciden casarse. El futuro paciente huye de casa para vagar por las calles, perderse por horas e incluso semanas, a costa de su salud física. Con ello logra alterar y movilizar a toda la familia en su búsqueda. La intromisión de afectos muchas veces adquiere un carácter extremo y dramático. El sujeto portavoz del grupo oscila intermitentemente entre la toma de distancia del hogar o atentar en contra de la vida cotidiana familiar; los psiquiatras reconocen en estas huidas un síntoma del padecimiento: lo denominan "vagabundeo", de igual forma que atribuyen a la falta del control de los instintos, la violencia desatada. Decíamos que estas fugas se combinan con comportamientos violentos cuando el individuo permanece en el hogar, de forma que se crea una situación de "doble coacción" para la familia, que se siente responsable del peligro que corre en la calle el sujeto y de la imposibilidad de atemperarlo en la vida doméstica; la "solución" es el encierro hospitalario. Estas conductas extremas tienen su fundamento en el embrollo afectivo que experimenta uno de los miem-

bros de la familia y que, en su desesperación por individualizarse, por lograr una independencia y autonomía propia, recurre a la fuga o la agresión, síntomas que formarán parte del universo incontinente e instintivo del enfermo.[43] No obstante, precisamente las agresiones y las huidas demuestran que el problema de la individuación, de la diferenciación con respecto al grupo, es del orden del deseo inconsciente. No basta con separarse en tiempo y espacio cronológico si en otro escenario, intemporal, se continúa compartiendo las mismas angustias y fantasmas sobre la vida y la muerte. En efecto, como una metáfora andante, indescifrable, el enfermo mental transita por la vida cotidiana trasformando cada una de las situaciones ordenadas en caos. Como portador de síntomas, enferma también el encuadre social, lo contamina con su presencia irrespetuosa. Poco a poco y a través de pequeñas manifestaciones de "inconductas", el orden social se va pervirtiendo y la familia, emocionalmente ya trastornada, entra en una escalada en la que se va alterando cada vez más. Al respecto, durante una entrevista, comenta la administradora del sanatorio psiquiátrico lo siguiente:

> El hecho de tener un paciente en casa implica no dejarlo solo, porque de entrada tienes que darle el medicamento; entonces, se complica tu vida si tienes que trabajar. Si te lo dan el fin de semana, tienes que ver que no vaya a hacer una atrocidad en tu casa, porque aunque no sea peligroso —como el hecho de quererte matar— a lo mejor se le ocurre abrir la llave del gas. Es como un niño chiquito, no es tan fácil dejarlo, no sabes si se va a salir y perder. Sinceramente, si a mí me dicen: tu prima está enferma y la tienes que ir a visitar todas las semanas, y mi único día de descanso lo tengo que dedicar para visitar a mi prima, y además me tengo que trasladar de un extremo a otro de la ciudad, pienso: por mí que mi prima se muera. Se oye horrible, pero el resto de la familia tiene cosas que hacer y no pueden sacrificar toda su vida en visitar a un paciente que a lo mejor lo único

[43] La madre de una paciente comenta que su hija le pidió perdón porque la había golpeado días antes. La hija le dijo: "¿Me perdona?" Y añade la madre: "Yo ya ni me acuerdo, ella sí se acuerda. Porque yo le estaba diciendo: dame un abrazo, déjame darte un abrazo y le estaba agarrando su pelo, y se paró muy enojada y sin más, me pegó. Por eso ahora dice que la perdone, ya que me cacheteó el otro día" (notas del diario de campo).

que hace es agredirlos. Tal vez contigo son muy lindos y conmigo son encantadores, pero cuando llega la familia *tienen una regresión, ¿no? Viene la familia y ven al enemigo, al atacante: y atacan.*

El paciente ataca la organización doméstica, destruyendo el acuerdo acostumbrado. Convierte cada objeto cotidiano en un peligro; cada situación en una amenaza: no se sabe cómo se comportará cuando se le lleve de paseo al parque, cuando lleguen las visitas al hogar, cuando suene el teléfono, se le deje en casa, vaya a la cocina o mientras come; cada instante de su vida exige una supervisión: el enfermo multiplica sus sombras.

"Todos los efectos pueden producir crisis, porque todas las causas pueden provocarla" (Foucault, 2002b:374), tal es el señalamiento que hace Foucault. La (in)conducta, como se ha indicado, hace que el orden social sea insostenible, en cualquier momento puede perturbar el hogar, a los vecinos o a sí mismo, por tanto es necesario vivir en un estado de alerta permanente. Lo mismo sucede dentro del hospital que retoma su papel maternal. Algunos testimonios ilustran lo anterior:

- La madre, de visita en el hospital, saca del fondo de su bolso una piedra ovalada, una revelación multicolor. Ella, recreando su propia fantasía, le hace creer a su hijo que se trata de un diamante. El rostro del paciente deja de ser rígido, sus ojos se convierten en un espejo brillante y frágil. Sonríe. Mira con asombro la cristalina piedra. Exclama: "¡Oh!" Un poder misterioso está en sus dedos, no sabe muy bien qué hacer con él: el don imaginario de una madre. El paciente va y viene. Muestra y oculta el regalo, lo ve y lo enseña. La enfermera, cumpliendo con su función panóptica, se percata desde lejos: no ve el rostro del paciente ni la satisfacción de la madre, tan sólo observa la posibilidad de un peligro: el azar puede llevar a que el paciente pueda tragarse la piedra y ahogarse si no logra escupirla, golpear a otro con ella o quizá la tire y alguien pueda resbalar, tal vez imaginó otras amenazas. La siguiente escena es la del forcejeo de la enfermera con el paciente, ya que le quiere quitar su piedra. La madre, haciendo caso omiso del conflicto, le grita a su hijo que le enseñe la piedra que le dio. La enfermera cede por un momento y el paciente re-

gresa con su madre. Ella le dice a su hijo que sólo le llevó la piedra para que la observara, pero que se aleje, que se vaya a contemplarla a otro lado.

- La madre de una paciente relata que no puede tener en casa a su hija, aunque ello le resulta doloroso. Afirma que en casa rompe platos, vidrios, esparce la basura, se sale a molestar a los vecinos y añade: "pero no es mensa porque sabe bien en dónde hay muchachos de su edad". Comenta que en una ocasión tomó un cuchillo y amenazó a ambos progenitores, y como para restar importancia a dicha amenaza dice: "pero era de esos cuchillos que no tienen filo". En esos momentos la paciente, quien escucha a su madre en un estado de ensoñación —provocado por el medicamento— reacciona y afirma: "¡no, sí era de filo!"
- El director del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen comenta lo siguiente: aquí hay pacientes que su médico tratante les otorga un permiso de salida para el sábado y el domingo. Lo saca el familiar el sábado y, el mismo sábado, el interno le dice: regrésame al psiquiátrico. ¿Cómo los trata su medio familiar? Imagínese, para que el mismo paciente diga: mejor me regreso. ¿Cómo lo trata la familia al pobre paciente? Ya me lo imagino: encerrado en una habitación de tres por tres metros; ahí se la pasará dando vueltas, sobregirando y la familia diciéndole: ¡siéntate ahí!, ¡no te muevas! Estará como un niño chiquito castigado: ¡no fumes!, ¡no comas así!, ¡no!, ¡no!, ¡no!
- Una madre comenta que su hijo internado era muy travieso de pequeño, ya que rompía los juguetes que le regalaban en Navidad, porque "quería luego armarlos"; la hermana añade que, en efecto, era "terriblemente inquieto, no podía estarse quieto dos horas, se le decía: ¡por favor estate tranquilo! Era muy inteligente, la verdad es que si se hubiera canalizado bien, yo creo que hubiera sido otro y muy diferente su vida" (notas del diario de campo).

La psiquiatría institucional reconoce en estas manifestaciones disruptivas del orden una falta en "el control de los impulsos" o una falta de "tolerancia a la frustración"; el manual de psiquiatría DSM-IV hablará de trastornos de la personalidad. Cualquiera que sea la definición diagnóstica, ésta recae exclusivamente en el indi-

viduo, quien es tratado fuera de su contexto relacional. Difícilmente se ve en estas conductas intentos fallidos por darle sentido a la realidad, mucho menos se leerá el síntoma como la hipertrofia de la función paterna, que es la única que orienta, prohíbe y por ende introduce el deseo al sujeto, otorgando un lugar simbólico en la red social y evitando que su cuerpo sea atrapado en el goce siniestro y mortífero que provoca el caos pulsional. La simbiosis se establece en la vida y en la muerte, como entre esa madre e hija que conviven una misma e inseparable realidad imaginaria, esperando compartirla incluso debajo de la tierra: eclosión de los cuerpos que se reflejan uno a otro, en donde las imágenes se confunden y, en su angustia, ven a la muerte como una salida en donde ambas acuden al último encuentro nupcial.

Cada integrante de la familia, en tanto que es elemento de un sistema de relaciones interactuantes, tiene una identidad que se define en función de los demás. La identidad del sujeto se construye respecto de las relaciones de comunicación emocional que establecen un campo significante recreando determinadas prácticas. Es en la dinámica de dichas relaciones, bivalentes y ambivalentes, en donde se generan estructuras de cooperación o antagonismo.

Algunos enfocan sus estudios en las triangulaciones o colusiones que se establecen entre generaciones o los diversos parientes en detrimento de la familia nuclear. El principio de reciprocidad y la estructura específica que se deriva de cada familia está condicionada no sólo por la experiencia histórica del grupo, sino también por el intercambio que llevan a cabo entre sí. De cualquier forma, el desequilibrio emocional que vive la familia es un fuerte generador de fantasmas de muerte, que surgen durante las pláticas con los familiares de los pacientes, y los sueños por aniquilarlo:

> *Padre*: ¿Qué tendrá? Ojalá y que me lo alivien, doctor, no digamos que quede bien, pero que no pelee con uno [con él]. Pues, pa'dónde le voy a dar una cachetada, ni lo muevo. Yo, que ya estoy viejo, ¿qué hago?, agarrar con lo que sea y pegarle; si le tocó la suerte [de salvarse] bueno, y si no, se va pal'otro lado [el de la muerte], porque yo, sí le doy con un palo [...] [ríe] (notas del diario de campo).

En un principio, la mayoría de las familias no están enteradas de que su hijo es un enfermo mental, sobre todo cuando éste es pe-

queño y no participa del intercambio social, es decir, cuando la vida cotidiana aún no ejerce la coerción necesaria que exigen los rituales propios de la interacción cara a cara (que es el nivel en donde el enfermo mental va a evidenciar su patología). Algunas veces —cuando el niño no controla sus esfínteres, habla solo o es agresivo— se le tolerará, ya que se trata de un actor en proceso de socialización. Cuando la familia considera que estas faltas en la interacción social rebasan el umbral entre el niño mal educado y el sujeto insensato se le lleva al psiquiatra para su diagnóstico clínico. Síntomas sociales y psiquiátricos convergen. El comportamiento que rompe la ritualidad habitual es sinónimo de rebeldía y de los desórdenes de la personalidad, no así de un lenguaje cifrado, propio de un encuadre relacional caótico y violento al cual se responde. El médico no relaciona las malas conductas con el deseo inconsciente, sino con un desajuste biológico o emocional. Los familiares consideran que la ruptura de las reglas no escritas del micro orden social está en función de un libre albedrío del cual el individuo es el responsable. Un ejemplo de esto es cuando un padre administra sistemáticamente a su hija una sabia dosis de golpes, castigos y humillaciones.[44]

Un médico psiquiatra señaló a este respecto que tal manera de proceder es frecuente en las familias que tienen un hijo internado, y se debe a que las explicaciones generadas por las creencias populares están muy arraigadas. Los padres pretenden exorcizar la insensatez por medio de insultos y golpes, y en caso de que se encuentren con resistencias, endurecen sus métodos a través de baños con agua fría, encerrando o amarrando a la persona, etcétera. Así, hay hogares en los que, para lograr ese control, tiránico y eficaz, son adecuados físicamente cuartos especiales. El primer paso al internamiento institucional suele estar precedido de un internamiento casero. La desorganización familiar ahora adquiere un sentido en el portavoz del grupo, al que se culpa de ser el causante de aquélla: ésta es plataforma de lanzamiento que justifica el

[44] En una observación realizada dentro del hospital, el progenitor, como verdugo ignorante, no sabe que los “errores de conducta” de su heredera no son del todo voluntarios, y confiesa: “yo sí la golpeé, pero fue porque no sabía; hasta que me di cuenta que se comportaba raro no por gusto. Ya no le puse una mano encima. Claro que uno no sabe, uno quiere que sus hijos se porten bien [...]” (notas del diario de campo).

internamiento psiquiátrico. Una vez definido el comportamiento como una enfermedad orgánica, la familia tiene los argumentos que necesitaba para exigir a los servicios de salud pública la atención correspondiente.[45]

Filiaciones ambiguas y simbióticas

> *Paciente*: ¡Ah, sí! Es que uno […] Hay hijos que se parecen a la mamá o al papá; yo me parecía a mi papá, desde que estoy chiquita, era para mi papá yo, para que confiara mi papá. Pero mi mamá después se metió conmigo y ya me bloqueó, y ya no fui ni para mi papá ni para mi mamá, ya no tenía ni a él ni a ella, y por culpa de mi mamá, porque ella quiso meter la cuchara, siempre metía y metía la cuchara, es muy metiche, es muy metichita y por eso, por eso, yo no […] Yo era para mi papá y creo también Cuca, y mi hermana, y también […].
>
> Notas del diario de campo

> *Hermana de la paciente*: Deben de ayudar mucho a toda la familia porque todos estamos […].
>
> *Paciente*: […] están más enfermas que uno, más delirantes, más ejecutivas, más […]. Mmm […] contaminativas […].
>
> Notas del diario de campo

[45] Un ejemplo de ello es el de una madre que afirmaba que nadie creía que su hijo estuviera enfermo de gravedad. Comenta que en dos hospitales le indicaron que, en efecto, existía la enfermedad, pero que ésta no era delicada y que por lo tanto el paciente podía estar en el hogar. Ella decía que no era cierto, que su hijo estaba realmente enfermo y que necesitaba internamiento: "los médicos me decían que la que estaba mal era yo. Hasta que me planteé: yo de aquí no me salgo hasta que me lo acepten, puesto que por entrar y por salir de los hospitales ha recaído mi hijo". Así, un año después de visitar a diversas autoridades de salud y de lograr que se realizaran nuevas valoraciones médicas, se concluyó que sí existía una enfermedad mental y que, por ende, este hijo debía ser internado (notas del diario de campo).

Una lectura kleiniana de los epígrafes con los que iniciamos este apartado podría ser aquella que afirma la indistinción de los objetos internos. Imposibilidad de reconocer el lugar generacional, temporal, que tienen los padres; imposibilidad también de reconocer la diferencia sexual, dificultad de lograr un lugar propio en un medio emocionalmente contaminante. Los objetos indistintos son, entonces, nudos psicóticos que se requieren "desamarrar". Maud Mannoni, quien continúa los planteamientos de Jaques Lacan, reconoce en los términos de simbiosis y ambigüedad el registro de lo imaginario, pero un imaginario que ha obturado el significante "Nombre del padre". Significante organizador desde donde se sitúa una ley: la del orden simbólico. Los registros simbólicos e imaginarios están sueltos, el sujeto está "desatado".

Otro escenario que se presenta en el discurso del paciente esquizofrénico es el de la estrecha ligadura entre la madre y el hijo. Es otra de las caras del deseo: su eclosión. Una especie de metonimia fatídica fruto de una madre fálica, en donde el hijo, que es la parte, hace al todo, que es la madre. Sacrificio por el goce del otro. Obturación del deseo de desear…

En el hospital era común observar escenas en donde la madre infantilizaba al hijo, ya envejecido, llevándole juguetes, dulces, despidiéndose de éste con abrazos prolongados entre sus pechos y deseos cálidos (contrarios a esas otras madres gélidas de las que dio cuenta Bateson y que también es común observar). La alienación entre madre e hijo proviene de la falta de interdicción que impone los límites para el logro de la diferenciación subjetiva; sin duda, el intercambio entre madre e hijo es fundamental, ya que reconoce en el juego del deseo la valoración narcisista del sujeto, pero puede derivar en la de-subjetivación por la falta de dicho interdicto. El discurso delirante tiene su contracara en los mitos, secretos y creencias de los familiares que se adaptan en el discurso de la enfermedad, mistificando con ello la historia que atraviesa a los sujetos y los constituye en sus ligaduras emocionales inconscientes. Observemos, durante una entrevista, parte del discurso de una madre que visita a su hijo en el psiquiátrico:

Paciente: Mami, me voy […].

Mamá: Cuídate y sigue bien.

[El paciente se despide de las sociólogas con un beso en la mejilla.]

Madre: Así saluda a sus primos, a sus hermanas, bueno en la familia así nos saludamos todos, pero en la familia. Pero él [...]. Así con las amigas de mi hijo. Pero como muchos ya saben lo de su enfermedad [...] pero no se pasa. Ahorita con este tratamiento, aquí, tratándolo el médico, como le dan sus medicamentos, ahí va. Pero hubo tiempos que estaba sin tratamiento de cuidado, *porque hubo un tiempo que me veía como mujer no como su mamá, y ahí si da miedo,* pero te das cuenta hasta la mera hora [...] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

El alimento es el lazo que une a las familias con el familiar internado y con el hospital psiquiátrico. La institución se encarga de alimentar a los internos y hacerles llegar los enseres de la familia, de venderles de forma regular los refrescos, los dulces y, claro está, los cigarrillos. Este intercambio subraya el papel nutricio que sigue jugando la institución/madre —como lo constata el tipo de alimento— en la infantilización del sujeto: perversión de la función. El cigarro y los medicamentos reiteran esa fijación oral.

Algunos pacientes se enojaban mientras se entrevistaba a la familia, particularmente a la madre. En cierta ocasión uno de ellos se paró enfrente de uno de los sociólogos para decirle, en inglés, que su madre era suya: *My mother is mine*, evitando así que se acercara a ella. Otro acusó a uno de los sociólogos con el personal médico de querer acostarse con su madre, después de que ésta lo callara para seguir respondiendo a las preguntas que se le hacían durante la entrevista. Los celos y enojos durante las conversaciones eran una constante. Estos entrelazamientos simbióticos muestran otra de sus facetas en los problemas de identidad. En el siguiente diálogo, registrado durante una entrevista, el hijo internado se interroga patéticamente sobre la ley y, al mismo tiempo, sobre su condición de hombre sexuado:

Sociólogo: ¿Viene a visitarlo todos los jueves?

Madre: Vengo todos los días.

Sociólogo: ¿Sábados y domingos también?

Madre: Sí, porque yo no puedo estar sin él. Él es mi único hijo hombre, es el más chico.

Sociólogo: ¿Sus hermanas llegan a visitarlo?

Madre: De vez en cuando, porque andan con mucho trabajo. Tuvo una chica, se llamaba Socorro y en esa época se quedó […]. La quería mucho, por eso creo que se quería quitar la vida. No sé si habrá notado ella que no era muy normal. *Como es mi único hijo a quien quiero tanto, y yo como su madre a quien quieres y proteges.*

Paciente: Pero me amarran mamá, no me han podido amarrar, Gerardo me tiene ahí y no me han podido amarrar, ya que le paren ¿no señor? Estoy enfermo, lo reconozco, también tienen mucho motivo, pero yo me doy cuenta [...] También me sé los diez mandamientos, mira: No matarás, no desear la mujer de tu prójimo, la muerte de tu prójimo, no levantarás falsos testimonios [...]. Pero hasta eso, sí soy hombre, sí soy hombre. Hombre de aquí [señala sus genitales], de aquí [señala el corazón] y de aquí [señala la cabeza], del pelo y de todo [...] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Esta madre visita sistemáticamente a su hijo, que se observa mucho más envejecido que ella. Madre protectora que "no puede estar sin él". El discurso de la madre intercambia el sujeto a quien va dirigida la acción (confusión corporal e identificación imaginaria), lo que provoca cierto desconcierto en la lógica del discurso, *"como es mi único hijo a quien quiero tanto, y yo como su madre a quien quieres y proteges"*. De manera que aparece la madre como la protectora y dadora de amor para el hijo, pero, al mismo tiempo, la que se lo brinda a sí misma, o bien que ese mismo amor y protección le es dedicado por parte del hijo. El paciente apela a un esbozo de ley que declara conocer a través de "los diez mandamientos" que, como sabemos, refieren a la prohibición del parricidio y del incesto, las dos leyes fundantes del orden social; al evocar la prohibición por la mujer del prójimo el sujeto refiere inmediatamente su cualidad de hombre, lo que podría interpretarse como el deseo incestuoso contenido. El paciente afirma su condición de

hombre desde el momento en que se desdibuja su identidad, reitera su condición sexuada señalando su cuerpo, pasando de los genitales, al corazón y a la cabeza. Esta madre, después de despedir a su hijo estrujándolo entre sus pechos comenta, sonriendo, que su hijo tiene temor de ser atacado sexualmente por los otros internos, los cuales le hacen “ojitos”; después añade: “ojitos de mujer, como los que yo le hago” (véase en el último capítulo, viñeta “Mirada materna”).

Muchos de los pacientes esquizofrénicos presentan caracteres paranoicos que, como es sabido, Freud explicaba como una formación reactiva ante la homosexualidad, es decir, como mecanismo de defensa ante la seducción paterna. Este paciente habla y reitera con sus ademanes su naturaleza sexuada de hombre, señalando sus genitales, su cabeza y su corazón. El delirio esquizofrénico reitera algunos núcleos profundos que constituyen al ser: la pregunta por la ley que adquiere infinitas figuraciones en un Otro omnipotente y omnipresente (Dios, el Diablo, las figuras de autoridad, como el director del sanatorio o los médicos responsables) que tiene el poder del goce sobre el cuerpo del esquizofrénico. La angustia ante la sexualidad (y un deseo que retorna incestuoso) provoca problemas con la identidad, interrogantes que muestran su cara persecutoria al proyectar dicha angustia hacia el mundo exterior. La simbiosis, resultante de una falta de castración simbólica, es inseparable del problema de la ley. El cuerpo de la madre es tabú. El que falle la interiorización de la ley no significa que ésta no sea evocada, que surja de manera angustiante y terrorífica. Por ejemplo, cuando se observa a una madre glacial que visita a su hijo y lo espera sentada en una mesa mientras prepara unos emparedados sin ver a nadie, ni siquiera al hijo cuando éste se dirige a ella. Cuando el hijo paciente sale del pabellón y camina hacia ella, repentinamente se detiene, regresa para preguntar a uno de los sociólogos: ¿Por qué en estos momentos le estoy diciendo groserías al Padre Nuestro? ¿Por qué le estoy “mentando la madre” al *Padre Nuestro*? El hijo se dirige hacia la madre y durante el breve camino que los separa cae sobre él el terrible pensamiento que mancha a la Ley. El deseo impuro, fruto de la mezcla madre/hijo, evoca el límite que es inmediatamente recusado en el ataque obsceno a la Ley divina.

Los doctores temen que este paciente se saque el ojo porque insiste en que tiene algo adentro que le molesta. Él, por su parte, afirma que le duele la sangre y que ésta le apesta a puerco (véase el capítulo viñeta “La muerte de oro”). Sin duda, brota la castración en lo real. Difícil es saber si el deseo de romper el tabú de mezclar la sangre provoca que ésta apeste, o si ello resulta del deseo frío de una madre que no reconoce la ética de la filiación por carecer de Don. Finalmente, la complejidad del problema de la identificación imaginaria no siempre hace víctima al hijo. Fue el caso de una madre que había ingresado al sanatorio psiquiátrico a partir de su imposibilidad por aceptar la autonomía del hijo, sus delirios persecutorios se combinaban con la fantasía de atender siempre a su hijo adolescente. Esta madre se había intentado suicidar a partir de la imposibilidad de retener a su hijo en casa, quien salía frecuentemente a ver a la novia. A continuación reproducimos el fragmento de una entrevista:

> [Una señora internada afirma que siente un profundo malestar porque el personal del sanatorio la amenaza y se burla de ella; cuenta que ingirió pastillas con el fin de matarse porque se sentía sola cada vez que su hijo salía de la casa. En esos momentos se escuchan unos gritos que provienen del dormitorio de mujeres. La madre pregunta si los gritos son de su hijo, se le responde que no.]
>
> *Sociólogo*: ¿Te preocupa tu hijo?
>
> *Paciente*: Sí, doctor, quiero irme a mi casa con mi hijo, como sea. Él, yo creo, ya está grande para cuidarse pero, pero, yo también quiero cuidarme a mí misma. Y hacer quehacer en la casa y prepararle para que cene y para que coma, para que desayune, atenderlo, atender mi hogar.
>
> *Sociólogo*: ¿Te tomaste las pastillas porque tu hijo se iba?
>
> *Paciente*: Por depresión, porque mi hijo salía sábado, domingo, viernes, porque ahora ya tiene novia o sus amigas o lo que sean. Dije: ¡Ay, me voy a quedar sola! Lo hice sin pensarlo. Sí, como una zombi fui y tomé las pastillas, estaba deprimida. Me había

deprimido, porque, porque, porque: ¡Ah!, porque se había salido. Me dijo que ya estaba grande y que no quería estar conmigo. Lo quería tener como chiquito pero ya no, doctor. Ya no estoy deprimida, tengo cuatro semanas aquí. Después me dijo mi hermana: no seas tonta, cuando tu hijo se case va a tener hijos, tú vas a tener nietos y los vas a cuidar. Quién sabe si mi hijo quiera.

Sin duda la castración simbólica, que depende de la función paterna, obedece a la angustia de la madre, vale decir, si por ella misma pasó la castración, pero ello no obsta para que el hijo pueda "salir" por otra vía, a pesar de los esfuerzos de la madre por evitarlo; ahora es ella quien "enferma", lo que muestra la reversibilidad del reflejo.

La familia le ha dicho que es natural que su hijo tenga novia y que llegará el día en que se case y le brinde nietos, mismos que podrá cuidar. Ella retoma los argumentos y se dice convencida. Curiosamente, su hijo se llama Pavel y ella no desconoce la novela de Máximo Gorki, *La madre*, aunque dice no identificarse con el personaje […].

El sacrificio al Otro o la máquina de influencia

Mamá: Quien vive conmigo es un hermano soltero, pero ese hermano soltero cuando mi hijo empezó a ponerse [enfermo] con eso de las voces y todo eso […]. Que las voces son lo que más lo persiguen ¿Verdad, las voces?

Hijo [paciente]: Algunas que vienen de allá […].

Mamá: Eso es lo más cañón [difícil] para mí […].

Hijo: Pero, ¿a qué te refieres? ¿Las voces? no sé si sean pajaritos, hojas o los árboles, la electricidad, por ejemplo, un cable que está, el sol, la luna, las estrellas, me hablan y me escuchan […].

Fragmento de una entrevista en el interior
del sanatorio psiquiátrico

Uno de los primeros psicoanalistas que escribieron sobre la psicosis fue Víctor Tausk. Fiel discípulo de Freud, sus explicaciones sobre la psicosis se sustentan en los conceptos psicoanalíticos del maestro. Su cautivador ensayo titulado *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia* no deja de sorprender por la sagacidad de sus planteamientos, en donde destaca el doble, ese Otro persecutorio que domina al sujeto en forma de aparato. Si bien Tausk, al igual que Freud, explica a la psicosis gracias a este mecanismo de proyección defensiva, resultante de un proceso mórbido de la libido que ata al sujeto con el objeto externo (identificación homosexual), resulta interesante su descripción del "aparato de influir" esquizofrénico como "una máquina de naturaleza mística" que le "produce y sustrae pensamientos y sentimientos" a la persona y que le estimula a llevar a cabo "acciones motrices", entre las que destacan las "erecciones y poluciones". Es un doble que provoca una serie de fenómenos energéticos vividos de manera persecutoria (Tausk, 1983:183-184). Afirma Tausk que "el psicoanalista no ha de dudar un solo instante que esa máquina es un símbolo", y añade con respecto a los sueños sobre las máquinas de influencia: "[…] las máquinas siempre representan los órganos genitales del propio durmiente, y se trata de sueños de masturbación. Son sueños del tipo de sueños de fuga […]" (Tausk, 1983: 190). Para Tausk, la máquina de influencia tiene por función inhibir las pulsiones, inhibición que se muestra en las quejas de los esquizofrénicos cuando manifiestan que "el aparato produce erecciones, les sonsaca esperma y debilita su virilidad" (Tausk, 1983:191).

Se puede afirmar que la máquina de influencia es la propia proyección del cuerpo en ese Otro que se ha apropiado del cuerpo del sujeto. El sujeto es un resto que se identifica plenamente, es decir, se sacrifica a ese Otro quien dispone de su goce.

> Comenta uno de los psiquiatras que los primeros síntomas de la esquizofrenia es el desconocimiento de los sujetos frente al espejo. Dice que se quedan mirando largo tiempo frente a su reflejo sin identificarse. Añade también que algunos pacientes, dentro de sus delirios, creen tener "contaminado" un ojo u otra parte del cuerpo. Refiere el caso de un paciente de otro sanatorio psiquiátrico que se extrajo un testículo a través de un corte hecho con un cúter. El paciente decía que, como un títere, era manejado por hilos y que uno de estos hilos se conectaba con sus

> testículos, por lo que decidió extraerse uno de éstos (notas del diario de campo).

El esquizofrénico ha sido atravesado por el deseo del Otro que lo aliena y le succiona su deseo, experimenta la sexualidad de forma angustiante; su cuerpo, ajeno a su voluntad, parece ser conectado a ciertas terminales de goce; comenta Guyotat:

> […] ocurre con bastante frecuencia que, como en el delirio de filiación, haya una actividad alucinatoria importante: fenómeno telepático, acción hipnótica, influencia. Determinado paciente cree que en su cuerpo, al nacer, metieron unos metales energéticos, y que él es "tele-guiado" […]. Se trata de puntos de impacto en el cuerpo, de influencias sobrenaturales. Esta inscripción en el cuerpo que se encuentra en todos esos pacientes es de gran importancia como acrecentamiento de la filiación cuerpo a cuerpo (Guyotat, 1994:140).

Tausk da cuenta de la naturaleza erógena, mortífera de esta duplicidad en donde el individuo se sacrifica en aras de un Otro que se apropia de su cuerpo, del "asesinato del alma", como expresa el delirante Schreber. En el análisis que Morton Schatzman realiza de este caso, da cuenta de cómo la práctica violenta del padre sobre el cuerpo de sus hijos produce un efecto devastador sobre su psique. El discurso del padre brota dolorosamente en el cuerpo alucinado de Schreber, quien lo proyecta en ese Dios persecutorio al que se brinda de manera pasiva. El sujeto es un apéndice, un resto al que se le ha arrebatado el deseo, vive su cuerpo sacrificado:

> *Paciente*: […] Me duele el hombro, pero ya me lo pegué […]. Esa medicina no me deja, me tiene todo cansadote, con sueño, me crucificaron, me iban a poner muchos clavos en las manos, me amarraron, me colgaron, hace tantos años […]. Me tomaron fotografías, me pusieron esas espinas […]. Mi mamá no me cree, yo cargaba la cruz, mi mamá no me cree, salí en la televisión todo sangrado, me caía en el suelo y nadie me levantó […]. Me cortaron el corazón y luego me cosieron con una aguja. Si yo no estoy mal de la cabeza, ya me quiero ir, para ver a mis hijos […] (notas del diario de campo).

El delirio mágico, las metáforas y el Don[46]

> *Hija* [paciente]: Ustedes por qué […]. Ya no quiero ir a su casa, ni quiero que vengan porque nada más me dejan la brujería, no sé, pero yo no quiero ser de la brujería. Ellos [los padres] ya son de la brujería, mi hermano me dijo; me dijo que tenían tapizada la casa de puros chismes, de puros […]. De pura brujería, que tenían tapizada toda la casa de pura brujería y entonces, ¿para qué voy? ¿Para que me embrujen también? Me vaya igual ahí […]. Solamente que fueran mis verdaderos papás iría, pero como no son mis verdaderos papás, para qué voy; sale sobrando que vaya.
>
> *Mamá*: ¿Qué cosas de brujería?
>
> *Hija*: Pues yo no sé, ustedes saben, ustedes practican la brujería.
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

Una de las figuras recurrentes que se observan en el delirio de los esquizofrénicos refiere a las fantasías relacionadas con el alimento. Este tipo de fijaciones orales se relacionan con la naturaleza del intercambio primigenio y el llamado angustioso del niño ante el vacío, con el destete y la capacidad de la madre para responder en el plano del Don, es decir, de esa transmisión inconsciente del deseo por el otro. En la búsqueda de la etiología de la enfermedad se pueden encontrar pistas importantes en esta relación alimenticia que nutre a los cuerpos tanto fisiológica como simbólicamente.

Una de las pacientes del sanatorio psiquiátrico desconfiaba sistemáticamente de los objetos que su familia le llevaba, ya que consideraba que le causarían algún daño. Entre estos objetos destacaba el alimento, el cual —a decir de la enferma— se distinguía por su deterioro y descomposición. Sin duda, el sujeto esquizofrénico vi-

[46] En este apartado se agradece la colaboración de Claudia Medleg, de quien se toman algunos fragmentos de su tesis de licenciatura “Ritualidad y magia en una institución psiquiátrica”, Facultad de Estudios Superiores Acatlán, 2009.

venció como dañina la relación con sus padres (véase en el capítulo "Breves estudios de caso": "Violencia, inescapabilidad y alienación: el delirio de Mariana"); esta experiencia de vida sin duda alimenta la realidad fantasiosa que es parte de su psique. El delirio y la alucinación bien pueden ser el argumento idóneo para descalificar al sujeto tachándolo de mentiroso. Pero una persona que miente lo hace deliberadamente y a sabiendas del beneficio que logra con ello; su mentira va dirigida y es acompañada de una actuación para garantizar su efecto.

El problema de la alucinación parecería ser de otro orden, en donde lo reprimido regresa con su propia verdad persecutoria. ¿De dónde proviene el sentimiento de daño por medio de los objetos? Nuevamente insistimos en ese más allá que el intercambio representa y que nutre el vínculo emocional en el juego del deseo; es la experiencia de las reciprocidades que se establecen en las relaciones humanas en donde intervienen las palabras, los objetos, pero también las emociones y los deseos a través de la expresión facial y corporal. Una palabra es polivalente y significa más de lo que dice debido a múltiples variables como son el tono, el volumen y las metáforas usadas. No se puede hablar si no es gracias y a través del cuerpo, por lo que éste interviene inexorablemente por medio de su variada glosa. En el lenguaje de la enunciación participan los sentidos y los momentos, las emociones y los contextos.

Mariana no acepta cierto tipo de alimentos que cree que le son dañinos (debido a su color, forma, calidad, tipo, etcétera). Se los prohíbe. Cree que de ingerirlos o usarlos alguna catástrofe sobrevendrá. De igual forma, dice que los zapatos que le regala la familia son diabólicos (véase en el último capítulo la viñeta "Un Don sin magia y el encantamiento fallido del delirio"). Si la figura elemental que adquiere tal comportamiento es la del ritual de prohibición, propio de algunas comunidades nativas —descrito por sociólogos y antropólogos—, es porque negarse a comer, hablar o participar es el principio básico para poner un límite y evitar mezclarse con el mundo. Vale decir que en la prohibición está la base para la diferenciación humana que establece las relaciones simbólicas con la comunidad. Rebasar los límites es tanto como promover lo amorfo, la indiferenciación social (Caillois, 2009). Si algo altera al hombre, como reitera Freud, es la diferencia sexual y la muerte. Los procesos de diferenciación son posibles gracias a los intercambios

sustentados en las fronteras grupales, individuales y simbólicas, puesto que asignan jerarquías, promueven alianzas, otorgan identidades. La idea básica de que transgredir un límite provoca una tragedia es añeja, como lo muestran las tragedias y los mitos; como lo reiteran las comunidades en sus prácticas y tradiciones. El esquizofrénico adopta el comportamiento en su imaginario como un intento por restablecer los límites con lo simbólico que no fueron introducidos en el origen. Si el lenguaje constituye al sujeto en el lazo social y el intercambio es porque nombra y construye un mundo diferenciado.

Para el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss las sociedades son como la escritura, y sus rituales son metáforas que conforman una realidad. Prácticas y tradiciones son tropos en acción que expresan el deseo de trascendencia del hombre y su intento por dar un sentido a su experiencia. El mundo está construido por metáforas que intervienen en la diferenciación y el sentido de aquello incomprensible; transiciones de un estado social a otro que otorgan significación a las emociones y angustias propias del ser humano: la vida que surge, el dolor de la enfermedad, los pasajes de la infancia a la vida adulta y la vejez, la vida que abandona al cuerpo, etcétera. El mundo adquiere sentido en su división y límite: lo sagrado y lo profano se desdobla en lo puro y lo impuro, lo invisible y lo visible, lo diestro y lo siniestro, la carne y el hueso, lo duro y lo blando, lo crudo y lo cocido, etcétera. La fiesta, el carnaval, el sacrificio y los diversos ritos son la posibilidad de tránsito, de transformación, de conversión que hace que cada ser tenga su lugar en el universo.

Las metáforas delirantes están fuera de contexto relacional. Por eso sorprenden algunas de ellas por su semejanza cuando las comparamos con mitos añejos o con los comportamientos de otras culturas. En palabras de Bateson, son metáforas "no rotuladas". Sin embargo, como decíamos, ciertas metáforas que utilizamos en la vida diaria las encontramos en el delirio esquizofrénico, aunque sea de manera fragmentaria: "tengo el Jesús en la boca" es una expresión popularmente empleada para describir una situación de angustia, preocupación o temor. Es una metáfora aceptada socialmente, su uso no altera ninguna norma social o religiosa, es decir, no crea desorden o perturbación a nadie. Durante el trabajo realizado en el hospital psiquiátrico conocimos a una interna que

repetidamente nos decía que el Señor era su esposo, y tomando la cruz que colgaba de su cuello se la ponía en la boca afirmando: "Jesús está en mi boca":

> *Paciente*: Es mi marido, el Nazareno es mi marido papá [muestra su collar con un crucifijo]. Doctor papá, otro papá, soy esposa del Rey, es mi marido, doctor papá.
>
> *Sociólogo*: No cualquier marido, ¿eh? Es el más poderoso y más importante.
>
> *Paciente*: Sí es importante, muy importante es El Nazareno. Soy esposa de El Nazareno. Él es mi marido doctor papá.
>
> *Sociólogo*: ¿Es tu esposo?
>
> *Paciente*: El Nazareno [...]. Está en mi pinche boca.
>
> *Sociólogo*: ¿Está en tu boca?
>
> *Paciente*: Sí, está en mi boca el cabrón. Le gustas tú, le gustas tú al padre [...]. Está guapo [...] (notas del diario de campo).

La diferencia entre una y otra expresión estriba en el contexto. Pero no sólo. En el enunciado popular, como decíamos, es a Jesús a quien tenemos en la boca en determinada situación de apremio; en el delirio es el Nazareno quien es su esposo y es él quien literalmente está en su boca: la identificación es más que imaginaria, es también incorporación oral del cuerpo de Jesús, como un esposo que vive dentro del cuerpo de esta mujer. La diferencia es sutil si recordamos que en la comunión católica y en la confesión, los fieles ingieren la hostia, representación del cuerpo de Cristo. El vino es equiparado con la sangre de Cristo; en efecto, en el rito católico eucarístico, al recibir la hostia y el cáliz sagrados, no sin previos rituales de palabra y gesto, el creyente, literalmente recibe el cuerpo y la sangre de Cristo. La diferencia sustantiva entre una y otra metáfora estriba en que la vivencia de Jesús es experimentada de forma ambivalente; en efecto, es Jesús representación de la ley suprema, omnipotente y omnipresente, su esposo (unión literal incestuosa de la parte con el todo) a quien se le insulta y desconoce.

Si determinados actos rituales son aceptados y reconocidos socialmente, entonces es pertinente interrogarse por qué algunas metáforas, tomadas literalmente, son consideradas síntomas de la enfermedad mental. Ningún psiquiatra calificaría de enfermos mentales a los participantes en el rito de la comunión o a aquellos que creyesen en el milagro del miocardio encontrado en la hostia. Szasz concibe la distancia entre ambos en razón de lo que es apropiado y lo que es inapropiado, lo cual se determina en función del sistema social y es rectificado por una elite científica: la psiquiatría.

> La diferencia principal, bajo mi punto de vista, entre estas metáforas fundamentales, psiquiátrica y católica, y las metáforas de los llamados pacientes esquizofrénicos, no está en cualquier peculiaridad lingüística o lógica de los símbolos, sino en su legitimidad social —las primeras son metáforas legítimas y las últimas son ilegítimas (Szasz, 2002:22).

La comunidad de fieles se identifica en tanto comensales. Lo sagrado se desplaza por asociación metafórica y metonímica. En el caso de esta paciente esquizofrénica, la evocación a la ley aparece como un llamado identificatorio y al mismo tiempo injurioso. La metáfora ya no dice una cosa a través de la otra, es la cosa en sí misma, la imagen del objeto Jesús permite su evocación de palabra fuera de todo ritual compartido; lo anterior agravado por la lógica contradictoria del discurso que no encuentra una salida comunicativa satisfactoria.

En este mismo sentido, la expresión poética genera el mismo interrogante: cómo distinguimos un discurso delirante y patológico de una forma artística. El poema es igualmente y en principio, desorden del lenguaje, destrucción de lo establecido y de lo permanente, es eternidad y es creación. El poeta transgrede las palabras, las deforma y les concede una nueva libertad; bailan a un ritmo distinto del cotidiano y pragmático:

> La creación poética se inicia como violencia sobre el lenguaje. El primer acto de esta operación consiste en el desarraigo de las palabras. El poeta las arranca de sus conexiones y menesteres habituales: separados del mundo informe del habla, los vocablos se vuelven únicos, como si acabasen de nacer (Paz, 1972:38).

Análogamente a lo expuesto en torno al tema de los ritos de iniciación, tanto el poeta como el iniciado rompen simbólicamente con el mundo de lo instituido y transfiguran una realidad para construir otra más significativa. El poeta eleva el lenguaje y lo distorsiona, renunciando a la significación y al sentido manifiesto. Lo anterior es resultado de un primer momento, aquel en el que también se encuentra el enfermo mental. A través del lenguaje y de la metáfora, este último crea una realidad distinta y elabora una composición de imágenes mágicas y míticas de valor arquetípico. Retornando a la pregunta que guía este apartado: la importancia por la diferencia, por los límites; en dónde creemos hallarlos. Una pequeña luz se asoma ante un problema tan complejo, cuyo acercamiento requiere del espejo teórico de diversas disciplinas y saberes. La cita de Octavio Paz, referida líneas arriba, nos habla de un primer momento de la creación poética como transgresión, separación, ausencia de lo conocido. Pero un segundo momento ilustrado por el poeta revela algo fundamental: la reciprocidad con el conjunto social. Paz al respecto dice:

> El segundo acto es el regreso de la palabra: el poema se convierte en objeto de participación. Dos fuerzas antagónicas habitan el poema: una elevación o desarraigo, que arranca a la palabra del lenguaje; otra de gravedad, que la hace volver. El poema es creación original y única, pero también es lectura y recitación: participación. El poeta lo crea; el pueblo, al recitarlo, lo recrea. Poeta y lector son dos momentos de una misma realidad. Alternándose de una manera que no es inexacto llamar cíclica, su rotación engendra la chispa: la poesía (Paz, 1972:38).

El iniciado y el poeta hacen un mismo movimiento: se fugan, se transmutan y alteran el orden establecido; pero retornan. El cuerpo social los sostiene. El ritual es cerrado, es un eterno regreso; su sentido es dado por la participación grupal en donde confluyen un mismo tiempo y espacio, vale decir, un contexto intersubjetivo de comunicación social. Una manera sociológica de decirlo es afirmar que el comportamiento del individuo es siempre social, es decir, que el sentido de su acción puede explicarse a partir de determinada situación. En el llamado esquizofrénico se confunde la sintomatología corporal con la social (esto es, rompe reglas socia-

les porque está enfermo y viceversa), el problema es que esto aparece en cualquier encuadre social (a diferencia del poeta). En otras palabras, el poeta está en complicidad con su receptor, ambos se constituyen e identifican en un mismo lenguaje.

> El poema se nutre del lenguaje vivo de una comunidad, de sus mitos, sus sueños y sus pasiones, esto es, de sus tendencias más secretas y poderosas. El poema funda al pueblo porque el poeta remonta la corriente del lenguaje y bebe en la fuente original. En el poema la sociedad se enfrenta con los fundamentos de su ser, con la palabra primera. Al proferir esa palabra original, el hombre se creó. Aquiles y Odiseo son algo más que dos figuras heroicas: son el destino griego creándose a sí mismo. El poema es mediación entre la sociedad y aquello que la funda. Sin Homero, el pueblo griego no sería lo que fue. El poema nos revela lo que somos y nos invita a ser eso que somos (Paz, 1972:39).

Por otra parte, el esquizofrénico rompe las reglas microrrituales de interacción, mostrando la fragilidad de la que está hecho el orden social, desnaturalizando la vida cotidiana. El poema y el pueblo están entonces en comunión, recargados el uno en el otro, permitiendo la renovación y la continuidad de una manera de ser, de pensar y de existir. La metáfora está rotulada porque es compartida en una "pauta que conecta" a los sujetos en un mismo ritmo social e incluso emocional. La comunidad le permite el regreso al poeta, le otorga un lugar; éste, al mismo tiempo la nutre nombrándola.

> Las palabras del poeta son también las de su comunidad. De otro modo no serían palabras. Toda palabra implica dos: el que habla y el que oye. El universo verbal del poema no está hecho de los vocablos del diccionario, sino de los de la comunidad. El poeta no es un hombre rico en palabras muertas, sino en voces vivas. Lenguaje personal quiere decir lenguaje común revelado o transfigurado por el poeta. El más alto de los poetas herméticos definía así la misión del poema: "Dar un sentido más puro a las palabras de la tribu" (Paz, 1972:45-46).

Es imposible escribir o hablar excluyendo la dimensión imaginaria del lenguaje, dada principalmente por los tropos y metáforas.

Incluso, como lo ha demostrado Susang Sontag en *La enfermedad y sus metáforas,* el discurso científico no está exento del uso de ciertas palabras/imagen. El discurso sobre el cáncer o el sida viene "cargado" de sentidos sociales estigmatizantes que son tan letales como las enfermedades mismas (Sontag, 1996). Al escuchar el delirio de los llamados "enfermos mentales" y compararlos con ciertos poemas o incluso con los mitos narrados de las comunidades primitivas, encontramos similitudes entre metáforas, ritmo, imágenes arquetípicas, símbolos, y sobre todo en un decir algo sobre un más allá; hay frases de lo más profundo, de lo ecuménico. De esta forma, el delirio no puede ser ceñido simplemente al síntoma de una enfermedad mental ya que el paciente psiquiátrico expresa metafóricamente su situación; claro, una situación muy peculiar que además es desconocida por el discurso médico y el discurso social; de ahí el drama. Como veremos en el capitulo siguiente, es Bateson quien reconoce que la actuación esquizofrénica no tiene nada de incongruente si consideramos la situación comunicativa.

Nos dice una interna del hospital: "No soy ciega al hablar". Esta paciente delirante, cuya capacidad de comunicación es casi nula, sorprende con el uso constante de metáforas de esta naturaleza, que en apariencia y en conjunto, forman parte de un desorden en el lenguaje (véase en el capítulo "Breves estudios de caso", "El viaje interminable de Jazmín"). Metáforas dirigidas al vacío, sin receptor y sin espacio y tiempo de contexto; no hay nada que las sostenga porque simplemente están fuera de toda relación vinculatoria. La tesis que se enuncia aquí es que la metáfora delirante no es atrapada por el grupo social, está descontextualizada y no logra entablar una ligadura que haga efectivo el mensaje o el metamensaje. No obstante, el silogismo puede aceptar muchas otras interpretaciones que la de la simple enfermedad; por ejemplo, puede decirse que al hablar uno "se da cuenta" o percibe lo que sucede alrededor, o que las palabras que se afirman no son irrelevantes. Dice Sófocles en *Edipo en Colono*:

> *El caminante*: De un hombre que no ve, ¿qué se puede esperar?
>
> *Edipo*: Mis palabras no serán ciegas.

Jean-Claude Maleval interpreta los silogismos como posibilidades de que ciertas palabras sirvan de anclaje ante la falta de un

centro organizador que articule el discurso del sujeto; el autor, siguiendo a Lacan, recuerda que aquello que enlaza la presencia del sujeto en el lenguaje es el significante fálico, proporcionado por la Ley del Padre.

> En el desarrollo de un enunciado al que el oyente o el locutor prestan atención, el sentido remite siempre a un elemento que vendrá luego o que remite a sí mismo. Dicho elemento es permanentemente anticipado, pero para que el resultado final sea una significación, resulta necesario que se produzca un proceso de cierre: el valor atribuido a los primeros términos de una frase sólo se decide retroactivamente con la percepción del último (Maleval, 2002:200).

Cuando alguien molestaba a Jazmín ella contestaba que no era "su telefónica ni su recepcionista", intentando anclar un sentido de rechazo hacia el otro en estas expresiones "fuera de contexto", expresiones que vistas más de cerca pueden aludir a su inconformidad a ser fastidiada continuamente. El silogismo es una palabra inventada (no soy su "telefónica") que trata de evitar este desplazamiento dado por el hecho de que un significante remite inevitablemente a otro significante; envío infinito que necesita ser detenido por un elemento que dé soporte y presencia al sujeto en la realidad, esto es, el significante fálico; de esta manera, el enunciado adquiriría un sentido relacional. El significante fálico permite la posibilidad —siempre retroactiva— de la significación (Maleval, 2002:200).

En el lenguaje delirante encontramos precisamente esta ausencia de cierre que da significación a lo enunciado. No existe, aparentemente, algo que sostenga al sujeto en su discurso, un elemento que limite y provea de normatividad al enunciado. Bleuler fue uno de los primeros que da cuenta de toda una fenomenología del delirio; cuando el esquizofrénico habla puede detenerse repentinamente y olvidar lo que estaba diciendo, dar un giro al discurso a partir de un significante que lo remite a otro significante, proferir silogismos, etcétera. Maleval comenta al respecto:

> El punto de detención que permite decidir la significación interviene, mediante el significante fálico que representa al sujeto y su goce. Cuando su función ya no opera, en razón de la forclusión

> del Nombre del Padre, se asiste a una carencia de la retroacción, de forma que el sentido permanece indeciso (esquizofrenia), o bien, por el contrario, queda fijado (paranoide). El falo interviene para normativizar el lenguaje del sujeto: levanta un dique frente a un investimiento demasiado intenso de las invenciones fuera del discurso (Maleval, 2002:200).

Nuestro propósito aquí es señalar que el delirio es, finalmente, un intento por parte del sujeto de brindar sentido a su discurso, no en un plano lingüístico, sino en el contexto social (y también en el inconsciente). El delirio se queda encapsulado en el plano imaginario en una intensa e infructuosa lucha por hacer algún enlace con lo simbólico, de ahí que su insistencia caiga en el vacío, o como dice Geza Róheim, su magia sea una magia imaginada y, por ende, fallida (Róheim, 1982). Lo imaginario queda, antes bien, ligado a lo Real, en los límites abismales de un goce siniestro: "El aspecto clínico más notorio de la carencia de significación fálica se manifiesta en el lenguaje como una incapacidad para efectuar el cierre que permite el advenimiento de la significación" (Maleval, 2002:202).

En el nombre de la prohibición: violencia y delirio

> *Padre de una paciente*: La doctora se enojó con nosotros, nos dijo que no la comprendíamos; mi señora le decía: "me gustaría que usted viviera dos días o tres con ella para que se diera cuenta cómo es". Tuvimos que buscar la solución, no había de otra, tuvimos que decirles que tenía que estar en larga estancia para que estuviera mejor, nos hicieron caso y por eso está aquí. Aquí está sana. Si no la hubieran aceptado aquí, pues quién sabe, hasta yo me hubiera enfermado como ella, gracias a Dios.
>
> Notas del diario de campo

Para establecer un primer contacto con el esquizofrénico se requiere no descalificar su comportamiento ni su delirio. Respetar ese tiempo/espacio particular de su cuerpo y de su palabra. En el

discurso del esquizofrénico habrá con seguridad un mundo irreal que se manifiesta por medio de las alucinaciones visuales o auditivas, de metáforas indescifrables y de deseos ilimitados. Pero ello no significa que no broten momentos de una verdad reconocible en una historia grupal, familiar. Una verdad sufriente, dolorosa y mortífera.[47] Tal vez la eficacia de la metáfora estriba en que establece una intimidad entre el mundo imaginario y la realidad de forma que tenga cabida lo irrepresentable. La metáfora, al nombrar una cosa a través de otra, enriquece al mundo con sus múltiples significados, es como el mundo bachelardiano de esa filosofía de la imaginación ilimitada, del derecho de soñar, en donde poetas, filósofos y literatos son sus representantes naturales.

Pero la metáfora del esquizofrénico, dice Bateson, no es una metáfora rotulada; por ende, sale del reconocimiento social. Y este mundo loco, pletórico de ficciones, tiene además la particularidad de no diferenciar las palabras y las cosas, los tiempos y los espacios, el cuerpo propio del ajeno. La dimensión imaginaria no es capturada por la función simbólica, sino que es llevada hacia aquello que Jacques Lacan llamaba lo real/siniestro, en consecuencia, el universo se desdibuja, dejando al sujeto al borde del vacío. La metáfora, entonces, es vivenciada por el esquizofrénico literalmente. Monstruos y diablos no son figuras del caos que toman el lugar momentáneo de la angustia y a los cuales puede exorcizarse en un momento determinado, con algún tipo de magia contrafóbica (Odier, 1961), no, esos monstruos y diablos cobran vida, como los seres extraterrestres y de ultratumba que regresan para dar órdenes mortales o para vengarse del sujeto; otras veces, el esquizofrénico se sacrificará al *otro* omnipresente y omnipotente que, implacable, se apropia de su deseo. Por su parte, el organismo adopta posturas enigmáticas, el cuerpo es una metáfora dolorosa y un reto por descifrar. La magia del esquizofrénico —como dice Róheim— es fallida porque no logra salir de este mundo imaginado e infausto, es un sortilegio malogrado por ser sólo imaginado. El delirio entonces no logra anclarse en la realidad; no se enlaza con los elementos de la cultura, con las prácticas sociales, tradicio-

[47] Véase el interesante análisis que realiza Morton Schatzman en torno al delirio de Schreber y las analogías que establece entre éste y el papel del padre (Schatzman, 1994).

nes, etcétera. La dimensión imaginaria es una esfera que da vueltas sobre sí misma sin encontrar el sentido, el límite que otorga un lugar en la estructura del parentesco, un sentido en la red genealógica dada por el *Nombre del padre* que, a fin de cuentas, posibilita la subjetividad deseante del lazo con los otros. El lenguaje, en tanto espacio social de los encuentros humanos es destruido y eso lo resiente el sujeto esquizofrénico en su propio cuerpo, el cual adquiere una figura simiesca y una gestualidad estereotipada (Griffith y Elliott, 1996:55). En su cuerpo no fue inscrita escritura alguna, por eso su glosa corporal y su discurso no forman parte del espacio social en donde converge la interacción comunicativa. En el juego del deseo, el esquizofrénico es la metáfora ideal típica de un lenguaje paradójico. Un emergente mental que habla por todo el grupo primario del cual procede. Un oxímoron de naturaleza insondable.

Para Bateson, la pérdida de la función metalingüística y el discurso delirante por parte del "enfermo" es producto de una experiencia comunicativa contradictoria e irresoluble en donde éste es incapaz de descifrar el universo en que se encuentra, porque independientemente de lo que haga o responda, será reconvenido, como veremos más adelante. El aprendizaje generado por la interacción reitera su ambigüedad. Desde una postura psicoanalítica, el deseo inconsciente del individuo es sistemáticamente desmentido para verse atrapado en el deseo del otro; el sentimiento de frustración y culpabilidad impide la castración simbólica del sujeto que lo atrapa en un imaginario devorante, con la consecuente devastación psíquica. El esquizofrénico vive en la misma esfera embrollada de deseos junto con su familia. Imaginario fusionante que experimenta cualquier escisión como herida mortal, mutilación angustiante y ambivalente consecuencia de su misma fusión. En ese sentido, en la teoría lacaniana es sustancial el tema del *Nombre del padre* como esa función de naturaleza simbólica que separa al niño del cuerpo de la madre y viceversa. El papel del padre —comenta Legendre— es separar, diferenciar al niño de la madre con el fin de evitar su anclaje en la omnipotencia gozosa. Por eso afirma que el niño nace dos veces: una, de la madre y la otra de la función simbólica introducida por el padre. Se trata de hacer circular el intercambio de lo prohibido gracias a la permutación simbólica de los lugares en donde el padre transmite el lugar de hijo, a su hijo, lo

que vale decir que renuncia a esta condición para colocarse en el lugar de la razón fundamental que prohíbe el incesto. Un padre, entonces, no puede ser hijo del hijo (Legendre, 1994). Problema complejo que se relaciona con la introyección de la Ley psíquica, el goce y la orientación del deseo sobre el que se han escrito innumerables estudios. Para el fin de esta investigación interesa destacar la convergencia en la necesidad de esta función para otorgar movimiento a la estructura, diferenciarla y situarla en el lenguaje.

El psicoanálisis en sus distintas vertientes reconoce que en los orígenes de la psicosis se encuentra un problema de indiferenciación del sujeto. Esta indiferenciación puede analizarse como un problema de simbiosis y ambigüedad inconsciente, según los kleinianos, o como un problema de eclosión imaginaria, para los lacanianos; en el primer caso, se privilegia el problema desde la introyección de los objetos y de su indiferenciación inconsciente; en el segundo, el análisis considera los registros: lo simbólico, lo imaginario y lo real. La importancia de la relación corporal que establece la madre y el niño en el momento de nacer; las fantasías arcaicas, el juego del deseo inconsciente, el papel del falo, el problema del doble vínculo en condiciones de inescapabilidad emocional, etcétera, han conducido al reconocimiento que tiene el padre en su función orientadora y prohibitiva de ese cuerpo a cuerpo entre madre e hijo.

El niño es un fantasma con múltiples figuras en el inconsciente materno. Simplifiquemos diciendo que el ultraje al deseo del otro impide el intercambio intersubjetivo y la eclosión imaginaria en un mismo cuerpo fantasmatizado. Los interdictos que cada cultura establece (el incesto, el asesinato, el canibalismo) conducen a procesos de diferenciación simbólica que otorgan una disposición a los hombres, las palabras y las cosas en el mundo. Mientras que el universo imaginario entre la madre y el niño es eclosionante, la función simbólica posibilita el intercambio y el reconocimiento del juego del deseo, posibilidad de identificación con la mímica especular (Dolto, 1996). Es decir, que la pérdida del lenguaje se relaciona con la falta de un tercero que proporcione las castraciones simbolígenas de las que habla Françoise Dolto (1990) o el significante *Nombre del padre*, al que refiere Lacan.

Es común la evocación a la ley o sus representantes en el discurso esquizofrénico, sea para apelar al orden, para reprochar o desmentirla y, las más de las veces, para denostarla. Se puede de-

cir que está presente de una forma angustiante porque no ha sido introyectada de forma adecuada, es decir, de manera que coloque al sujeto en la realidad. La ley conforma la subjetividad, individualiza y establece el vínculo simbólico. Los esquizofrénicos, decíamos, la evocan en su dimensión imaginaria sistemáticamente. Les hablan a los hijos de Dios, se tiene como esposo a Jesús, se insulta al Padre Nuestro, van a tener un hijo de Cristo, los persigue o los interpela la policía, son ellos mismos los crucificados, etcétera. A Mariana no todos los aviones y helicópteros le hablan, sólo aquellos que pertenecen a la policía. La evocación es un intento de sostén, pero también es una imagen persecutoria. Decíamos antes que la transgresión de una prohibición es vivida como desastre, tal y como las tragedias griegas lo establecen o como lo muestran los pueblos llamados primitivos en sus tradiciones. Cuando Mariana se queja de que no le dieron una naranja y que eso traerá la guerra y el desastre para el hospital, vive como insoportable el límite que le impone el personal técnico del hospital. En otros momentos ella misma se impone sus propios tabúes. Ambos comportamientos son intentos fallidos de restablecer la Ley.[48] De la misma forma, cuando Juan insulta al "Padre Nuestro" podemos afirmar que hace un llamado —así sea desde el reproche— a la autoridad.

La evocación a la ley también aparece en los criminales reincidentes que prefieren morirse antes que ser atrapados; los casos extremos relacionados con los asesinos seriales o los asesinos de masas que han sido relatados y estudiados por criminólogos, de igual forma no pueden entenderse sin este referente. Por eso decimos que la garantía de la reproducción de los lazos y ligaduras sociales, así como de la conformación de la intersubjetividad, pasa por el proceso de humanización que tiene como fundamento la introyección de la ley; de otra forma, el sujeto queda a la deriva, desterrado del mundo simbólico, girando sobre sí mismo en el universo onírico que termina arrojándolo al abismo de lo real:

Sociólogo: […] Pero si pones de tu parte vas a estar mejor.

[48] Una paciente del sanatorio, comenta sobre otra paciente lo siguiente: "Le gusta romper, el otro día rompió unos libros que debió haber respetado, que son como sagrados y que viene la imagen de la […] De El Señor Crucificado y otro de El Niño Jesús; pues los agarró y los rompió, los hizo pedacitos. Eso no está bien, por eso yo pienso que la tienen aquí por eso, porque destruye las cosas" (notas del diario de campo).

Paciente: Yo ya no puedo hacer nada, si salgo va a ser de milagro y voy a tener las mismas crisis allá afuera, toda mi vida va a ser un infierno. Me decía un pastor que es psicólogo y que me atendía, que había tenido un sueño. No sé si él lo soñó o lo inventó; un sueño bien chingón: que estaba la comunidad cristiana muy cerca de nosotros y estaban dispuestos a ayudarnos a un chavo borracho y a mí. Y decían que si sobrevivíamos cualquiera de los dos, los hermanos se salvarían. Luego, íbamos los dos en una escalera eléctrica y, de pronto, nos caímos; mientras, todos los hermanos se encontraban orando por nosotros; después, caímos en una calle donde pasaban camionetas y el señor me decía, para que no me fastidiaran: al chavo le cortaron la cabeza, yo la agarré y dije: ¡No! ¿Por qué? Ya faltaba poco, y que resisto más, y que sobrevivo a los carros [...]. Yo me iba a salvar pero [...] [en ese momento el paciente empieza a llorar] todo fue un sueño, nada fue real, alguien lo soñó. Si fuera verdad el sueño, ya voy a estar bien. A veces me pongo a pensar: tú eres [refiriéndose a sí mismo] un caballero desterrado que está sufriendo penas y penas [...]. ¿Cuándo volveré otra vez? (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Intercambio, deseo y patología del vínculo

Si dices que esta vara es real, te golpearé con ella,
si dices que esta vara no es real, te golpearé con ella,
si dices que esta vara no existe, te golpearé con ella.

Enseñanza oriental

Bateson: deuteroaprendizaje, paradoja y esquizofrenia

Una interesante explicación sobre la comunicación esquizofrénica la ofreció Gregory Bateson a través de su planteamiento del "doble vínculo".[49] Para él, el delirio y la gestualidad perturbada del esquizofrénico es fruto de una interacción familiar sustentada en el desengaño sistemático. La familia, principalmente la madre, somete al niño a una experiencia de ambigüedad comunicativa extrema que pone en entredicho la función de significación del lenguaje, de la vivencia compartida de vida. El mensaje es polivalente y se estructura en diversos niveles comunicativos y metacomunicativos; frente a esto, el niño es incapaz de entender lo que desea la madre, ya que ella sistemáticamente descalifica su propio discurso.

Cuando hablamos con otra persona, los mensajes que emite, simultáneamente, son variados y forman un conjunto de señales sobre las cuales imputamos los motivos de su acción. Algunas veces, cuando la comunicación falla, tenemos la posibilidad de aclarar

[49] La génesis de la teoría del doble vínculo se encuentra en la interesante biografía escrita por David Lipset: *Gregory Bateson. El legado de un hombre de ciencia* (Lipset, 1991).

cualquier malentendido. La gestualidad, el tono de voz o cualquier otra señal permite deducir la concordancia de la interacción, de forma que todo imprevisto puede ser tratado cuantas veces sea necesario. Se afirma que el hombre no puede no comunicar, de ahí que el comentar sobre la comunicación sea el principio sobre el cual se sostiene toda relación. Cuando nos servimos del lenguaje para esclarecer el lenguaje nos colocamos en un cierto nivel metacomunicativo. Esta capacidad de abstracción es adquirida, y es propiamente lo que distingue a los humanos del resto de los seres vivos. Pero no todos logran esta capacidad de percibir las estructuras de contexto; es el caso de los esquizofrénicos.

Una madre puede declarar el cariño a su hijo en forma verbal y decir otra cosa con su cuerpo, de tal suerte que la contraposición termina por perturbar al sujeto sin saber bien a bien qué hacer (Bateson, 1976). Decíamos que todo desconcierto puede aclararse comentando la situación vivida, pero si se impide hablar al sujeto o, peor aún, si se le castiga por considerar que su petición es una afrenta, el sistema de retroalimentación se cierra. A decir de Bateson, para que este derrumbamiento del metalenguaje se produzca se requieren una serie de condiciones importantes, como son:

- Una madre culpígena, esquizofrenógena, es decir, una madre incapaz de establecer una relación adecuada con su hijo, ya que se siente amenazada por éste (al que inevitablemente se encuentra unida). "El niño es castigado por discriminar correctamente lo que ella expresa, y es castigado por discriminar incorrectamente: ya está atrapado en el doble vínculo" (Bateson, 1976:224).
- Una situación de doble coacción que, al ser reiterada, conduce a la pérdida del aprendizaje sobre el aprendizaje (tema del deuteroaprendizaje).
- Un padre ausente o débil, que no ofrece apoyo al niño, es decir, una posible salida a los mensajes paradójicos que recibe.
- Un contexto de inescapabilidad (al sujeto se le impide abandonar el campo emocional) en donde la situación paradojal se consolida al evitar comentarios que destraben la coacción. El niño "tiene que engañarse a sí mismo respecto de su propio estado interno para apoyar a su madre en su engaño. Para sobrevivir junto a ella, el niño tiene que discriminar falsamente sus propios mensajes internos y al mismo tiempo dis-

criminar falsamente los mensajes de los otros" (Bateson, 1976: 243). Cualquier respuesta es motivo de recriminación, por lo que el niño pierde la capacidad del manejo de la situación, no adquiere los conocimientos ni la experiencia necesaria para desenvolverse en la sociedad.

En palabras de Bateson:

> Al evitar que el niño hable de la situación, la madre le prohíbe emplear el nivel metacomunicativo, el nivel que usamos para corregir nuestras percepciones de la conducta metacomunicativa. La capacidad de comunicarse sobre la comunicación, de comentar las acciones comunicativas de uno mismo y de los demás, es esencial para un intercambio social exitoso. En cualquier relación normal se da un continuo intercambio de mensajes metacomunicativos como: "¿qué quieres decir?", o "¿por qué lo hiciste?", o "¿me estás haciendo una broma?" y otros semejantes. Para discriminar correctamente qué es lo que otras personas expresan de hecho, debemos poseer la capacidad de hacer comentarios directos o indirectos sobre esa expresión. Este nivel metacomunicativo es aquel que el esquizofrénico es incapaz de emplear con éxito (Bateson, 1976:245).

El oxímoron, el doble sentido, la paradoja y la metáfora son figuras que enriquecen la poética del lenguaje y son parte de la experiencia y creatividad humana. Cuando interactuamos compartimos una misma experiencia de lenguaje, el cual utilizamos de forma variada, ya que la palabra alude o insinúa, contiene supuestos y sobreentendidos, puede ser irónica, chistosa o ambigua. Mientras conversamos cara a cara, el cuerpo está presente emitiendo señales que aprendemos a discernir, de tal suerte que inferimos cuándo las personas bromean, muestran enojo o fastidio.[50]

Esta capacidad de discernimiento de la conducta humana es posible gracias al lenguaje que facilita la transmisión de la experien-

[50] La coquetería, por ejemplo, es un juego en donde los participantes expresan "un consentimiento insinuado" a la par que "un rechazo insinuado", emociones que oscilan entre sí (que evitan la culminación del encuentro) pero que mantienen vivo el interés: "La coquetería, al desplegar su gracia sobre las alturas del cultivo de lo sociable, deja de lado la realidad del deseo erótico, del consentimiento o de la negativa, y se torna así en un juego de sombras de aquellas cuestiones serias" (Simmel, 2002:203).

cia emocional y cognitiva. Para Bateson, el delirio del esquizofrénico no es un defecto en sí mismo, antes bien, es una comunicación acorde a una situación determinada, expresa la máxima ambigüedad de un sistema del cual forma parte. La imposibilidad del esquizofrénico para aprender las variantes discursivas impide a su vez el manejo del contexto. No es capaz de interpretar las señales de situación, los códigos culturales, la palabra hablada, la glosa corporal. El esquizofrénico es un ser atrofiado del lenguaje, excluido de la experiencia cognitiva, no ha "deuteroaprendido". Si se le pregunta, por ejemplo, qué piensa hacer el día de mañana, no sabe qué responder porque no tiene la capacidad de interpretar el enunciado dentro del contexto.

> Es corriente afirmar que los esquizofrénicos tienen "un yo débil". Por mi parte definiré esta debilidad como una perturbación que impide identificar e interpretar aquellas señales que deberían servir para decir al sujeto qué clase de mensaje es un mensaje por él recibido, es decir, una perturbación en la interpretación de señales que son del mismo tipo lógico que la señal: "esto es un juego" (Bateson, 1976:223).

Se debate entre saber si la frase es una insinuación sexual, un reproche, una invitación o cualquier otra cosa. Imposibilitado para aclarar el momento, el esquizofrénico puede delirar como mecanismo de defensa. Ante el enredo psíquico, el delirio es un escudo ante la reprimenda, los significantes alucinatorios vienen ahora a su rescate. Para Bateson, las metáforas del esquizofrénico están fuera de la interacción social, son metáforas "no rotuladas", lo que no significa que sean mera impertinencia.

La sociología de la vida cotidiana analiza minuciosamente cada situación social como un escenario específico en donde los actores deben saber desenvolverse, lo que, repetimos, significa conocer los órdenes de la interacción simbólica con sus maneras de hablar, de vestir, de comportarse o bromear; cada momento establece un tiempo y un espacio normado. No es fácil determinar con precisión cuándo una persona está o no mintiendo, jugando o incitando a la confrontación. La riqueza expresiva del lenguaje es infinita y es casi imposible determinar estos hechos por la cuantificación. Aprender a manejar este tesoro de signos en cada momento social fue una de

las preocupaciones de Bateson, que lo condujo al estudio sistemático de la comunicación humana y animal. La adquisición de habilidades que subsiste como un derivado de cada experiencia concreta es lo que Bateson llamó deuteroaprendizaje, o el aprender a aprender. Deuteroaprendemos porque abstraemos ciertos elementos, principios, tipologías de cada uno de los procesos de secuencia que la memoria capta en cada contexto interaccional. Es decir, el deuteroaprendizaje posibilita la adquisición de aquellos elementos que permiten reconocer e interpretar una situación social específica, en cualquier tiempo y espacio, logrando interpretarla. La consecuencia de este proceso culmina con la obtención del lenguaje y el metalenguaje.[51] Mientras que el lenguaje hablado es lineal (digital), el metalenguaje es de naturaleza analógica, lo que introduce una complejidad mayor en el proceso de comunicación intersubjetiva.

El proceso de socialización implica la capacidad de intercambio de mensajes, de objetos, de personas, y la conformación de vínculos de naturaleza diversa. La estructura social resulta de este proceso que confronta, fortalece, rompe o corrige el lazo social, y el cuerpo está inmerso en ello (Goffman, 1997). Una vez atrapado en este juego paradójico que conduce a la pérdida de la capacidad comunicativa, el sujeto se encuentra en un círculo de dependencia del cual difícilmente podrá salir.

Desde la óptica del deseo inconsciente, esto explica el sentimiento ambivalente de amor y agresión que tienen los pacientes esquizofrénicos con sus padres; como si se hubieran quedado atrapados dentro de la tensión irresoluble que representa la paradoja de provenir de ellos, de identificarse hasta un punto en que los cuerpos pierden sus límites, confundiéndose todos en una misma fantasmática devorante y en donde la individuación se vive mortíferamente, no menos que la eclosión; el frecuente pasaje de un extremo a

[51] La idea que introducen los diversos tipos lógicos de los que está compuesto dicho proceso es para mostrar que pueden existir órdenes de comunicación de distinta índole y que pueden convivir al mismo tiempo, a pesar de que no se correspondan (tema de la paradoja). A través de los tipos lógicos es posible discriminar las clases de mensajes que se emiten en determinada situación y al orden al que pertenecen, lo que posibilita identificar los escenarios sociales; de ahí la importancia de estudiar aquellos encuentros en donde prevalece el humor, la ironía o el juego.

otro entre el amor y el desprecio expresa muy bien este infructuoso intento de salida. El esquizofrénico presenta un apego extremo que se convierte fácilmente en agresión, sentimiento que es retroalimentado por los integrantes de la familia. La fuga sistemática del hogar es la otra cara de este espejo engullidor y esquizofrénico, universo de agresiones y devastación psíquica. Estas fugas marcan, muchas veces, el inicio de una "carrera mortal del paciente mental" (la expresión es de Goffman), con el consecuente internamiento psiquiátrico reiterado, que no hace sino regresar al sujeto a un sistema paradojal sin salida.[52] La eclosión imaginaria familiar es trasladada así al sistema de salud mental.

En el juego del deseo: la visión sistémica y la enfermedad mental

> Pero yo me esfuerzo en obligar a mi madre a materializarse.
>
> Paciente designado
> (citado en Selvini *et al.*, 1988:35)

El problema del sujeto se traslada hacia la relación dentro del grupo, que a su vez se encuentra integrado en otros sistemas, de los cuales depende en diverso grado. El proceso de retroalimentación (*feedback*) y circularidad es básico en el análisis de sistemas. Así, el estudio de la enfermedad mental está influido por el modelo de salud-enfermedad institucional y por las creencias de la familia. Incluso el individuo definido como sistema psicosomático no es ajeno al ambiente interactuante que le rodea.

> En los sistemas complejos, en los que existe una multiplicidad de circuitos reguladores de retroalimentación, el elemento disparador de un problema puede estar situado lejos en el tiempo

[52] La agresividad y la evasión del hogar son comportamientos que marcan la dinámica familiar esquizofrénica; estas conductas ambivalentes son evocadas bajo distintas figuras, como el alimento bueno y malo, los padres originales y copias, el imaginario incestuoso o los fantasmas de muerte, etcétera. El paciente designado ha afianzado el sistema, lo ha estabilizado a través de la paradoja insoluble.

> con respecto a los síntomas que se producen en un momento, o en una parte aparentemente distinta y remota del sistema en lo referente al hecho en cuestión (Kornblit, 1996:32).

Se excluye, entonces, una perspectiva de explicación lineal del tipo causa-efecto. El sistema familiar está conformado por una serie de intercambios recíprocos y de influencias interdependientes; la lógica apunta a las relaciones y no a las designaciones, atributos o etiquetas impuestas a los sujetos (Selvini *et al.*, 1988:15-17). No pretende calificar o reprochar moralmente un comportamiento, sino comprenderlo como parte de este juego complejo. La familia, como cualquier otra institución, está expuesta al cambio; cuando uno de sus integrantes se casa, enferma o muere, incide en la organización y dinámica del grupo. Comenta Analía Kornblit:

> [...] los sistemas humanos son cruzados por la variable *temporal*, que marca *momentos de transición insoslayables*. Es precisamente en esos momentos en los que hay mayor probabilidad de que surjan en una familia conductas disfuncionales. Como ya decía Haley, los momentos más proclives para el surgimiento de patología en un grupo familiar son la entrada o salida de los miembros del sistema (Kornblit, 1996:44-45).

Todos los integrantes de un grupo familiar establecen vínculos emocionales entre sí. Las tensiones que sufre una familia pueden reacomodar sus piezas, a veces con costos muy altos. Una mujer maltratada por su marido a la que se le niega la ayuda de familiares, amigos o autoridades, está atrapada en un campo paradojal que la puede empujar al acto (agresión, asesinato, filicidio), modificando así el campo vincular.

La enfermedad es inherente a un sistema relacional, forma parte de una comunicación y un juego inconsciente de los deseos, establece dualidades y equivalencias: entre los vivos y los muertos, los sanos y los enfermos, las mujeres y los hombres, etcétera. La enfermedad revela así una condición de adaptabilidad a nivel ecológico, su manifestación es un analizador que abre el telón de un escenario mucho más amplio en donde los actores se recrean entre sí en la ambigüedad y el aparente sinsentido. Así, dilucidar la historia del sujeto del deseo es remitirse al tema de la novela familiar, analizar el entramado de equivalencias e identificaciones

inconscientes que provocan el síntoma. Y es que, como se reitera, cuando el hombre no simboliza su entorno habla su cuerpo. Ahí donde emerge el síntoma se descubren alianzas, triangulaciones o colusiones que anulan las funciones parentales, principalmente la función simbólica (encarnada en el padre). El deseo incestuoso y perverso, entonces, invade al grupo que se representa como un solo cuerpo, cualquier pérdida es vivida como despedazamiento (Pankow, 1979).

El sistema familiar denominado de transacción esquizofrénica se caracteriza por su rigidez y tendencia hacia la homeostasis, en donde prevalecen conductas que se repiten compulsivamente, todo ello con una finalidad: la descalificación de la postura de todos y cada uno de los integrantes, es decir, la indefinición de la relación, el deseo desmentido. Y si es cierto que Gregory Bateson y la escuela de Palo Alto dieron cuenta de los sistemas de doble vínculo, fue Freud el primero en señalar la naturaleza ambivalente del deseo que insiste en desear más allá de lo consentido por la sociedad. Probablemente el retorno de lo reprimido sea una solución a la vivencia del doble vínculo.

La familia esquizofrénica establece un juego simétrico de confrontaciones pertinaces que, contra lo que pudiera creerse, mantiene unidos a todos en una relación difícil, de rivalidades y compromisos. El sistema opera gracias a una serie de reglas implícitas que, aun cuando se señalen, no son reconocidas. Algunas de éstas son: *a*) impedir que los miembros abandonen el campo de juego; *b*) la repetición de mitos y creencias que, de acuerdo con el contexto, son insostenibles; *c*) la ambigüedad en las relaciones emocionales; *d*) las coaliciones secretas e intergeneracionales; *e*) el temor al cambio; *f*) la descalificación de la relación; *g*) la imposibilidad de comentar sobre el contexto metalingüístico. A este respecto, Selvini comenta: "La perpetuación del juego protege, en cambio, la homeostasis del grupo. Juego esquizofrénico y homeostasis son aquí sinónimos puesto que el enmascaramiento, la ambigüedad y los movimientos son esenciales para mantener el *statu quo*" (Selvini *et al.*, 1988:39).

El sistema con transacción esquizofrénica revela gran fuerza, solidez y resistencia al cambio. El mito familiar explica en buena parte esta impermeabilidad.[53] El displacer es la constante en el

[53] Éste prevalece vivo en el tiempo a través de las generaciones. "El mito familiar —comenta Ferreira— prescribe los roles y los atributos que, si

grupo familiar. Nadie es capaz de reconocer el deseo propio y mucho menos el del otro; dar la razón al otro es vivido como un fracaso; se establece un juego brumoso que despliega, subrayamos, una infinidad de reglas secretas, malentendidos y múltiples descalificaciones en distintos niveles comunicativos, de tal forma que nadie se reconoce en la relación, nadie tiene un lugar o una función clara; "la descalificación no rechaza ni acepta: ignora". Cada acción produce una reacción, un golpe, que es insoportable. La descalificación "es una respuesta críptica, incongruente, que conlleva, sustancialmente, el siguiente mensaje: 'no doy cuenta de ti, no estás, no existes'" (Selvini *et al.*, 1988:35). Bateson apuntaba este hartazgo, culpa y tedio de la madre que denomina esquizofrenógena, pero también daba cuenta de la ausencia de ese padre, de su languidez desesperante por la cual, decía, daban ganas de torcerle el brazo para que actuara. El fruto de este entorno es la paradoja de las paradojas: el paciente designado, portavoz del grupo, metáfora que expresa la ambigüedad familiar.

La frase con la que iniciamos este apartado del joven psicótico que se esfuerza por obligar a la madre a materializarse, habla de ese contexto de vaguedad, del sutil sentimiento que embarga toda una atmósfera fantasmagórica de la cual el sujeto no puede escapar, y del que bien dan cuenta autores como Paul Watzlawick, Jay Haley, Salvador Minuchin o Mara Selvini al dedicarse al estudio y terapéutica de este tipo de familias: "¿Cómo llegar, cómo comunicarse, cómo 'tocar' a alguien que no está? E inversamente, ¿de qué modo *estar* en relación con alguien que *no está*?" (Selvini *et al.*, 1988:35-36).

La patología del vínculo: apuntes desde una antropología psicoanalítica

> *Sociólogo*: ¿Y por qué estás aquí?
>
> *Paciente*: Porque mi papá me castigó porque me fui a un baile y me pegaron, eran muchos pero no me "abrí". Me pegaron en la cabeza, pero ahora

---

bien falsos o ilusorios, son aceptados por cada uno como cosa sagrada y tabú, que nadie osa examinar y mucho menos desafiar." El mito es una especie de salvaguarda de las relaciones familiares, que actúa cuando éstas corren peligro de romperse o sienten caer en el caos (Selvini *et al.*, 1988: 101).

> ya estoy bien [siempre que el paciente comienza a hablar la madre se enoja].
>
> *Madre*: No dudé de lo que decía, incluso hasta me enojé con su padre, de manera muy íntima en mis ideas, por haber castigado a José. No es cierto lo que dice. Imagínense si con todo lo que dice puede andar en la calle.
>
> *Hijo*: ¡Pero si yo conozco a muchas personas que mienten constantemente! ¿Es que acaso también deberían estar encerradas?
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

Según Claude Lévi-Strauss, la estructura elemental del parentesco está formada al menos por dos grupos que forman relaciones de alianza, de consanguinidad y de filiación, consecuencia de la exogamia que regula la sexualidad. Del estudio antropológico de la relación entre los términos deduce la ley siguiente: "[…] la relación entre tío materno y sobrino es a la relación entre hermano y hermana, como la relación entre padre e hijo es a la relación entre marido y mujer. De tal manera que conociendo un par de relaciones, sería siempre posible deducir el otro par" (Lévi-Strauss, 1994: 86). Este planteamiento es retomado por el psicoanalista Berenstein, quien demuestra que en las familias con pacientes designados predomina la función materna en detrimento de la función paterna (Berenstein, 1994). Esta tesis apunta hacia el estudio de las alianzas, la comunicación, las creencias que organizan la estructura parental. La familia esquizofrénica desdibuja los límites (de ascendencia y descendencia generacional, de diferenciación sexual) y las funciones paterna (de prohibición del incesto, de orientación e identificación con los ideales) y materna (de cuidado y maternaje narcisístico) las cuales se pierden entre el universo simbólico y el imaginario.

En la mayoría de los delirios el problema de la ley se relaciona con los problemas estructurales de filiación. El psiquiatra Jean Guyotat, en su libro *Estudios de antropología psiquiátrica,* subraya esta situación estructural (simbólica o imaginaria, instituida o instituyente) como una de las razones de la psicopatología, la cual denomina "delirio de filiación" (Guyotat, 1994). Y es que la estructura

familiar es uno de los ejes que articula la existencia humana cuando se trata de reconocer una historia, historia conformada por realidades y mitos, situaciones reales e imaginarias, de las que el sujeto puede o no estar orgulloso, pero que no puede desconocer, al menos así parece reclamarlo el inconsciente. De ella depende en gran parte el porvenir, el legado de inmortalidad inconsciente puesto en las generaciones futuras y la posibilidad de transmitirles un don. El delirio de filiación, dice Guyotat, se manifiesta negando a los padres o reemplazándolos por unos imaginarios; es incertidumbre sobre el linaje, dirige sus fuerzas hacia el origen. No es casual que la megalomanía refiera a ascendientes prestigiosos: exaltación humorística que permite ver su carácter antidepresivo; además, "las ideas delirantes de filiación van acompañadas casi siempre de ideas delirantes de influencia, de *telepatía*, de adivinación y de *transmisión de pensamiento*" (Guyotat, 1994:89).

En este mismo tenor, el psicoanalista argentino Isidoro Berenstein plantea el problema de la enfermedad mental desde el sistema de intercambio que se establece en la familia y que conduce a formas de organización dual. Continuador de la escuela de Pichón-Rivière, que estudia al enfermo como el portavoz comprometido con la familia, Berenstein destaca por el análisis que hace desde diversos ángulos y perspectivas teóricas: interacción espacial, papel de los nombres y del tiempo, de la comunicación grupal (papel de la doble coacción) y de las equivalencias inconscientes que se establecen en la organización familiar, que alcanza su culminación en la designación del chivo expiatorio (lo sano y lo patológico como dualidad extrema). La tesis lévi-straussiana mencionada más arriba es corroborada de tal suerte que los síntomas aparecen cuando se estudian una serie de alianzas que coluden en contra del padre y sus funciones.

La figura de ambigüedad y simbiosis propuesta por José Bleger tiene su contraparte en el problema de la función simbólica, o lo que Lacan denominaba la forclusión del "Nombre del Padre". La función simbólica, como lo sabía bien Claude Lévi-Strauss, es la que otorga movimiento a los grupos humanos, diferenciándolos en una estructura jerárquica, de simetrías, complementariedades y lógicas de transformación. Cuando existe un rechazo al origen, negamos la red simbólica que otorga sentido al sujeto, en tanto fruto de una historia y lenguaje actualizado por los nexos presentes. Los

delirios parecen así “entrar en resonancia con los problemas de transmisión generacional [ya que] existen frecuentes dudas sobre la identidad del otro, la idea de sustitución de personas, de niños, alegatos de un doble y de un sosia” (Guyotat, 1994:89).

Aparece un juego de espejos engullidor. Confusiones entre el mundo simbólico e imaginario que derivan en fenómenos de sustitución de personas, de indiferenciación o de duplicación; las psicosis de paternidad o puerperales pueden explicarse desde esta perspectiva antropológica en donde lo amorfo, la paradoja y el caos privan sobre el orden simbólico.

> Hay todo un juego en torno a los acontecimientos reales, que tienden a hacerlos pasar por imaginarios y, a la inversa, a presentar construcciones imaginarias como reales. Hay una especie de simetría, de duplicación entre lo real y lo imaginario, en cierto modo, punto por punto (Guyotat, 1994: 91).

La estructura parental arbórea (genograma) ordena en el tiempo y el espacio la transmisión generacional. Organización social e institucional que establece un sistema de jerarquías y valores en los que se reproduce la sociedad. Todo ello es parte de un ordenamiento instituido que otorga un lugar al sujeto en cada situación social, institucional o familiar. El sujeto que no es reconocido en las redes familiares está fuera del vínculo emocional, de todo juego del deseo, de toda inserción simbólica, de modo que la exclusión repercute en la subjetividad que no encuentra anclaje alguno.

En torno al deseo y el lenguaje del cuerpo. Apuntes desde el psicoanálisis

> *Sociólogo*: ¿Se casó?
>
> *Hermana del paciente*: No, tenía una novia […].
>
> *Paciente*: No, ya no me casé porque tengo problemas sexuales, tengo un problema [...]. Mi penecito lo tengo chuequecito […].
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

En el juego de pelota, sin duda la fascinación por la trayectoria del balón, las habilidades que muestra cada jugador o las estrategias planeadas para ganar son elementos atractivos para querer participar; cuando jugamos no aprendemos simplemente a correr, golpear una pelota o engañar a un rival (aprendizajes de naturaleza social): introyectamos una estructura. Durante el juego cada participante forma parte, junto con los otros, de un todo interactuante bajo determinadas reglas. Aunque cada jugador desempeñara una pequeña función, su vivencia es estructurante; la participación de todos no obedece a la suma de esfuerzos individuales, sino a la dinámica de las pautas de interacción global. Lo mismo se puede afirmar con respecto a la adquisición del lenguaje; aprender una palabra puede significar nombrar un objeto, identificarlo, pero también implica diferenciar esa palabra de otra, oponerla, de tal suerte que forma parte de una estructura. El individuo que habla es fruto de la sociedad, porque el lenguaje precede al nacimiento y continúa existiendo después de la muerte; asimismo, porque lo somete a las leyes de la lógica simbólica. Podemos afirmar que la adquisición del lenguaje es una primera forma de otorgar orden y estructura a nuestro cuerpo.

Pero, ¿cómo las palabras se incrustan en el cuerpo, se encarnan de tal suerte que pueda afirmarse que hay un lenguaje del cuerpo? ¿Cómo se provoca esta discordancia del cuerpo con la palabra en los esquizofrénicos? Un interesante acercamiento lo observamos en los planteamientos de la psicoanalista francesa Françoise Dolto a partir de su teoría de la imagen inconsciente del cuerpo, que apunta al problema del juego del deseo y el vínculo inconsciente entre la madre y el niño; aquí encontramos nuevos elementos para explicar la pérdida (o adquisición) del lenguaje del cuerpo.

Todo ser humano está inmerso en el vínculo del deseo (que sin duda va más allá de cualquier necesidad) que es fruto de un complejo intercambio de sentimientos que se hacen a través de los sentidos. La imagen inconsciente del cuerpo se construye por las emociones intercambiadas en un tiempo de intermitencias (presencia y ausencia) con la madre. El infante se alimenta del ritmo, del olor, de las caricias, de las palabras y de las sonrisas de la madre, que afirman sus propios deseos, que apagan sus angustias y lo colocan en el vínculo del deseo hacia y con ella; esto es el maternaje. Comenta Dolto:

> […] un ser humano es tanto más evolucionado cuanto que su angustia es tan grande y la expresión de ésta tan imposible de callar, que más allá de su cuerpo, primer mediador entre él y el mundo, busca sonidos, gestos, signos, lenguajes mediadores, para a la vez traducir su angustia y trascenderla en una expresión inteligible, con miras a intercambios con los demás, para dejar finalmente huellas que informarán a quienes vendrán después (Dolto, 1996:62).

Existe un lenguaje para cada momento de desarrollo corporal. El sujeto, conforme va creciendo y evolucionando, se puede afirmar, va modelando su cuerpo en la interacción con el otro. La cuestión estriba en una contradicción de base puesto que, en un principio, la madre forma un mismo cuerpo con su vástago, cuerpo que alimenta, protege, acaricia, y con el cual establece una comunicación con todos los sentidos. Conforme el niño crece, la madre va distanciando su cuerpo a cambio de múltiples dones que muestran la existencia del deseo. Para Dolto las etapas oral, anal, uretral y fálica tienen su fuente en el cuerpo pulsional, de tal suerte que durante todo este tiempo el sujeto vivencia una serie de castraciones que Dolto denomina, no sin importancia, “simbolígenas”. Los síntomas son consecuencia de una experiencia de separación, de ausencias o, en su defecto, de vasallajes y disciplinas sin intercambio, lo que vale decir, sin un lenguaje reparador. Es a través de los sentidos como se establece el intercambio humano, y este último es de naturaleza variada y compleja, pero al final tiene el objetivo de diferenciar el cuerpo del niño del cuerpo de la madre (y viceversa), vale decir, de implantar la ley al pequeño, lo que equivale a humanizarlo. La madre introduce el lenguaje en el cuerpo del niño, lo que permite su encarnación a través de su forma de mirar, de sonreír o de callar en determinadas situaciones y contextos; el niño pasa a formar parte de una serie de intercambios en donde priva la palabra que sustituye el contacto cuerpo a cuerpo por el sentimiento sublime. El intercambio regula al deseo, que por naturaleza es ilimitado. Este proceso que intenta educar las pulsiones corporales implica una traducción de las mismas en actividades sustitutivas propias de la cultura. Todos aquellos que rodean al infante, y particularmente la madre, introyectan en éste el lenguaje, lo que establece un espacio de interacción humana compartido, una glo-

sa que permite el intercambio, una metáfora rotulada. Por el contrario, si el infante se encuentra en un espacio pleno de ambigüedades y paradojas emocionales bien puede ser el representante metafórico de lo intraducible, del engaño total, una metáfora, como diría Bateson, no rotulada. En un escenario más siniestro, el niño no cuenta más que con la vivencia de su esquema corporal básico: es interioridad pulsional que inviste sus propios órganos. La madre es fundamental para otorgar un lugar al sujeto en el porvenir. Lugar en el lenguaje, en la estructura parental, en la historia familiar y en el juego del deseo que humaniza al individuo gracias al maternaje y a la ley que lo orienta por la vida, que establece los límites entre lo permitido y aquello que está prohibido, empezando por el cuerpo de la propia madre.

Sin embargo, el sujeto puede recibir la marca del rechazo de la madre. Una madre de un paciente diagnosticado con esquizofrenia narra el nacimiento de su hijo de la manera siguiente: [54]

> *Madre*: Cual sería mi desgracia que el parto se pasó por doce horas y media. Él ya estaba morado, lo inyectaron y me lo sacaron como quien abre un pollo y le sacan la menudencia, así me lo sacaron a mí. Aparte, me lo tuvieron que botar con fórceps, me rasgaron, me tronaron toda. De milagro nació. Yo no sentí nada más que cuando ya iba a nacer, entonces sí ya sentí lo que era dolor. Pero hay algo que me desconcierta: yo no sentía esa ternura, ese amor, esa ilusión. Para mí era como que tenía que estar ahí y ya. Yo no sentía amor, no sentía cariño, no sentía ternura, sabía que era mi hijo y que había nacido y todo, pero en cierto modo a mí me molestaba, me mortificaba, me desesperaba.
>
> *Sociólogo*: ¿A raíz de qué cree que haya sido este sentimiento?
>
> *Madre*: Pues de que no fue para mí, ahora me di cuenta, que no fue un hijo deseado, por un lado. Por otro lado, no fue un hijo de una pareja bien casada, bien comprendida, que se hubiera querido como se supone que debe de ser un compromiso, un noviazgo, un matrimonio. Después ya vi las cosas con claridad y dije: no lo quiero. Y cuando estaba embarazada yo sentía odio

[54] El interno tiene dos lobotomías y, por su compulsión a masturbarse frente a la madre, una obliteración de genitales.

> por él, un gran malestar, y todavía traté de controlarme, de detenerme, de tener una relación, pero me trataba el padre muy mal (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

La narración dista mucho de la experiencia dolorosa del parto. Esta madre siente que su cuerpo ha sido destazado "como quien abre un pollo y le sacan la menudencia", el hijo entonces es extraído como un sobrante, como lo son las vísceras del animal que se destaza; en el equivalente inconsciente es un desecho más, al que no se desea, una especie de "objeto malo" introyectado dentro del cuerpo materno y que debe ser expulsado o, como dice la madre, botado con fórceps. La madre reconoce su desconcierto ante la falta de Don, ante esa vida nueva que le plantea un interrogante como madre. Madre esquizofrenógena, dice Bateson. Ella está presente ante su hijo, pero es una presencia fría de deseo; no tiene un lugar para su mirada, antes lo mortifica, lo desespera y lo molesta, sentimientos que, por cierto, sigue mostrando durante las visitas al hospital (véase capítulo "Breves estudios de caso": "José: esquizofrenia paranoide progresiva").

El problema de la enfermedad mental, conduce a distintos interrogantes sobre la naturaleza de las relaciones que se establecen en un grupo familiar considerado patológico. Mientras que el psicoanálisis subraya la etiología que es causa del deseo inconsciente, la antropología lévi-straussiana apunta al problema del intercambio y la lógica simbólica; por su parte, el análisis de sistemas coloca el acento en las pautas y los patrones del juego comunicativo de ensambles familiares. Una intervención exitosa puede explicarse por el movimiento del significante, la definición de los posicionamientos y relaciones estructurales o las transformaciones en los patrones de aprendizaje. Los juegos psicóticos familiares, de igual forma, se explican por el enredo del vínculo, por los desdibujamientos estructurales o la forclusión del significante "Nombre del Padre". Simbiosis y ambigüedad objetal de acuerdo con unos, indefinición, homeostasis y embrollo de las relaciones de acuerdo con otros, eclosión imaginaria y equivalencias inconscientes, según otros más. En el fondo de todo está el juego del deseo inconsciente que se manifiesta necesariamente en el intercambio con el otro, en la transmisión inconsciente de esos objetos talismán, que definen la naturaleza de los vínculos.

TERCERA PARTE
ESTUDIOS DE CASO Y VIÑETAS DEL DIARIO DE CAMPO

Breves estudios de caso

Violencia, inescapabilidad y alienación: el delirio de Mariana

> Tengo cinco hermanos, yo soy la mayor, hubiéramos tenido siete, con mi hermanita que se murió. Hubiéramos sido ocho pero Dios le dijo a mi mamá: como no te portas bien ¿para qué te doy hijos si no los vas a cuidar bien? Nada más los vas a hacer sufrir, no les vas a dar estudio ni buen trabajo, de puras sirvientas. Y ya no le dio nada.
>
> Notas del diario de campo

Antecedentes

Mari es una de las mujeres internadas que deambulan sistemáticamente por el hospital; a ratos se le veía sentada tomando el sol en los patios. Su aspecto no delataba los efectos del medicamento o de alguna enfermedad mental. Tiene 40 años de edad y mide 1.55 metros de estatura. Es una paciente accesible. Cuando alguna persona se acercaba para platicar con ella, lo hacía con gusto, a menos, claro, que se lo prohibieran los aviones, el sol o los hijos de Dios, entonces nos decía que ese día no podía hablar porque de hacerlo sobrevendría un desastre. De acuerdo con algunos reportes del área de psicología, ella participa de vez en cuando en talleres de tejido y en las terapias grupales, aunque se molesta con la poca fe de las otras internas. Antes de ser recluida dejó los estudios y trabajó como

sirvienta. Durante nuestras visitas al sanatorio psiquiátrico de los días jueves —día del encuentro familiar—, Mari siempre recordó el nombre de las personas que la entrevistaban, también el de las enfermeras. Su discurso, como el de algunos otros pacientes, a veces fluía bien, aunque repentinamente se detenía y olvidaba lo que estaba diciendo, o cambiaba de tema debido a que asociaba alguna palabra o idea que le servía de apoyo para desplazarse. Su plática giraba en torno a historias fantásticas casi siempre relacionadas con la catástrofe que se avecinaba en el hospital, la familia o el mundo. A Mari le hablan el sol, los aviones, los helicópteros y los pajaritos, para prohibirle la realización de ciertas cosas o recomendarle otras. Por cierto, su hermano tomaba la forma de uno de esos pájaros para platicar con ella. Como casi todo delirio, el delirio de Mari causaba cierta fascinación en los integrantes del equipo de investigación, de manera que esta mujer se convirtió en una de las "informantes" preferidas. Conforme la escuchábamos y confrontábamos lo dicho con lo que decían los padres, el discurso se mostraba cada vez más comprensible. Esto no quiere decir que fuera cada vez más coherente o menos delirante, sino que esa incoherencia y ambigüedad respondían a una historia de violencia reconocida por los padres. Ante tal situación devastadora de la psique, la mayor parte de lo que decía esta mujer psiquiatrizada podía interpretarse como una defensa hacia su persona, realizada a través de la palabra ambigua, los sistemas mágicos de creencia, los desplazamientos de sentido hacia los objetos y los animales, o duplicando a los personajes. Así, sus padres, cuando la visitaban —afirmaba—, no eran los verdaderos, sino unas copias. Por su parte, los padres se respaldan en el discurso de la ciencia psiquiátrica y consideran que los errores de conducta de la hija se deben a su enfermedad: "a veces no quiere platicar y otras sí, como que la enfermedad así es, a veces está tranquila y otras [está] acelerada".

En torno al discurso médico encontramos lo siguiente: el médico psiquiatra atribuye el distanciamiento y extrañamiento de la realidad al daño cerebral. Y así como la fiebre es el síntoma de alguna infección, el delirio lo es del desequilibrio cerebral, anomalía que se busca en los electroencefalogramas, en la estructura química y física neuronal.[55] El delirio de Mari conforma el daño que la carac-

[55] Por eso el psiquiatra no escucha el delirio, mucho menos analiza sus modalidades, eso es cuestión del pasado, en la actualidad para eso se tiene

teriza, y que se define como "psicosis orgánica y retraso mental". Con respecto al expediente psiquiátrico, he aquí algunos fragmentos literales:

- Diagnóstico de psicosis orgánica mixta y retraso mental moderado.
- Motivo de ingreso. Diagnóstico de envío: psicosis orgánica mixta, retraso mental. Agresividad verbal y física, principalmente a nivel familiar. Vagabundeo, "una vez se fue hasta León y estuvo hasta presa" [*sic*].
- Insomnio, actividad en la sensopercepción, principalmente auditiva y visual.
- Fuentes de información: la madre, la madre no recuerda algunos datos, no es tan confiable, es necesario apoyo para el traslado. Abuelos paternos finados, probablemente complicaciones de alcoholismo crónico. Abuelo paterno finado: "lo mataron con un rifle" [*sic*]. Arma de fuego. Abuela materna de ochenta y seis años de edad, actualmente prolapsos dental. Padre con cincuenta y nueve años de edad con probabilidades de diabetes, se ignora. Madre de cincuenta y cinco años, pobres hábitos de higiene. Tabaquismo negativo.
- Padecimiento actual: Ingresa a los seis años de edad con repetición de años escolares y aprovechamiento y rendimiento mal. Acaba la primaria a los quince años de edad. Trabajó desde los once años. Labores domésticas. "Cuando empezó a estar malita cualquiera abusaba de ella" [*sic*]. Por eso la operaron en el Fray Bernardino. Relaciones promiscuas, conductas aislacionistas. "Aburrida, no le gustaban las fiestas" [*sic*]. Antes y posterior a su PA. Siempre le ha gustado ir a la iglesia, desde diario.
- Padecimiento actual: inicia aproximadamente a los diecisiete años de edad, aunque a los dieciséis años ingresó a la secundaria y ya presentaba cuadro de labilidad emocional con llanto, no hacía la tarea, la dieron de baja. Con ideas delirantes, actitudes de alucinada, errores de juicio con ideas delirantes, místicas y religiosas. "Ave María Purísima" [*sic*]. Cuadros de agresividad

---

la estupenda síntesis de enfermedades compilada en el DSM-IV, que facilita el diagnóstico. Los voluminosos tratados al estilo Bleuler son historia. La ciencia avanza sintetizando y clasificando, dice uno de los médicos.

física y verbal. Oraba en la azotea, estaba como estatua. Inicia una serie de internamientos en los diferentes centros psiquiátricos. En esta ocasión es internada por la misma sintomatología tomando ella su iniciativa para su internamiento. Con errores de juicio y conducta, llenando de excremento su cuarto y su ropa. Estuvo internada en HFF por dos meses y de ahí pasó a nuestra unidad para una estancia más prolongada.

- Examen psiquiátrico [inspección general, lenguaje y pensamiento, conducta, agresividad y percepción].
- Paciente femenino de edad aparente a la referida, la cual se muestra íntegra, bien conformada, usa bata de hospital, tranquila, durante la entrevista su lenguaje simple, pueril, coherente-incongruente. "Escucho la voz del Sagrado Corazón que no puedo platicar con nadie porque quiere saber si le gano o no le gano al Sagrado Corazón" [*sic*]. Su FMIF se encuentra disminuida, no presenta conciencia clara de enfermedad mental. "No sé si estoy o no enferma, el Altísimo me dijo que con una espantada se me quita". No encuentro datos de irritabilidad.
- Diagnóstico del CIE-9. Psicosis orgánica, retardo mental. Pronóstico: bueno para la vida, malo para la función.

Padres, paciente y médicos se inscriben en el diagnóstico para otorgar sentido y significación al comportamiento de Mari. No obstante, la realidad del enfermo mental (sobre todo de aquel diagnosticado como esquizofrénico) contradice lo que se observa en las relaciones afectivas, en las pautas de interacción de los integrantes de la familia con el paciente internado. Lo que se percibe es un cuadro conflictivo que viene de tiempo atrás. Mari, como buena paciente vincular, pide que no la visiten ambos padres a la vez, que sólo vaya uno de ellos, porque cuando están juntos más daño le hacen. Los psiquiatras observan este conflicto y lo reconocen como parte del problema, el cual es de naturaleza "bio/psico/social" (en ese orden), e incluso recomiendan que no frecuenten ambos padres a la vez a su hija.

Padre: "Nosotros no la sacamos, vienen sus hermanos para sacarla. El doctor les dijo que con nosotros [los padres] ya no, porque cuando la sacamos se pone muy necia, se enoja, no se quiere bajar del camión y luego, a veces, se pierde. Una vez se perdió en

> Xochimilco y no supimos para dónde se fue; a veces llegaba a la casa, fuimos allá y hablamos al sanatorio. Dijeron que ya estaba ahí" (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Y es que Mari percibe la alianza que la devasta y la pone inquieta, pero no la puede nombrar, "no se acuerda". Los médicos niegan a los padres el permiso para que la saquen del hospital, pero es siempre a petición de éstos: colusiones del miedo. Para los padres, esta hija se comporta siempre de forma insensata. Lo curioso es que esta insensatez disminuye cuando los hermanos van por ella.

La situación familiar: violencia y encierro de Mariana

> Ya me están diciendo los helicópteros que me vaya a mi casa, que ya no me quieren ver aquí, que ya me vaya. Pero vino mi mamá a traerme cosas y [...]. No [...]. Que no tienes permiso para el doctor, no te podemos llevar. Entonces, ¿para qué vienen?
>
> Mariana

Mari enfermó cuando tenía 16 años. El padre no sabía que se trataba de una enfermedad mental, por eso la golpeaba; se imaginaba que sus caprichos y enojos provenían de su carácter rebelde, que el hecho de que escapara de su casa y se quedara a dormir con los indigentes era producto de una indisciplina, no de una enfermedad. Refiere la madre que cuando Mari era pequeña, no tenía amigas, era muy ensimismada, jugaba solita y a nadie le hablaba.

Cada familia explica la enfermedad mental a su manera; crea su propio mito de origen. De Mari se dice que en una ocasión regresó de la escuela con el rostro serio y babeando. A eso de la una de la mañana le sobrevino una crisis, entonces encendió la luz y se puso a rezar; luego subió a la azotea y se puso nuevamente a rezar, por fin llamaron a la policía y la internaron en la clínica psiquiátrica.

El padre habla de la enfermedad y se apoya en el discurso médico, pero cuando se le pregunta si alguna vez golpeó a la hija, confiesa que sí e inmediatamente muestra su arrepentimiento. La golpeaba

porque lo hacía por su bien y sin saber que ella estaba enferma. Por su parte, Mari se salía de su casa, "vagabundeaba", se subía a la azotea a rezar. El padre afirma que la angustia que tiene Mari hacia ellos obedece a su enfermedad, que él no le hace nada, la madre completa la frase: "no le hace nada bueno". El padre se perturba y pierde el hilo de la conversación.

Todas las familias rechazan veladamente a los parientes internados y al mismo tiempo se ven en la necesidad de atenderlos, ya que su presencia es un requisito para que aquéllos no sean externados. Los fantasmas de culpa y muerte son frecuentes. De la misma forma que un paciente huye del hogar, vagabundea y regresa a éste para agredir a la familia, esta última externa —velada o no— el deseo de muerte sobre el hijo enfermo. La simbiosis provoca esta tensión y ambivalencia pegajosa que hace que todos se necesiten y que, por esta misma dependencia, se agredan. El contexto familiar violento se filtra en el discurso de Mari, en su "delirio"; observemos el fragmento de la entrevista siguiente:

> *Sociólogo*: ¿Y les afectó en su matrimonio la enfermedad de Mari?
>
> *Mamá*: Pues sí, sí nos afectó al principio, ahora como que ya no. Como dicen: ya nos acostumbramos.
>
> *Mari*: Pero dicen que fue por un susto que ocasionaron *los de afuera*, por eso se *descompuso* toda la familia. Fue por un pleito que llevaron, quién sabe quién sería, lo pasaron en la televisión, que había tenido un pleito, *según una familia Velázquez*.
>
> *Sociólogo*: ¿Ustedes son la familia Velázquez?
>
> *Mamá*: Sí.
>
> *Mari*: Yo creo que a los diecisiete años se vino, porque a esa edad me enfermé.
>
> *Sociólogo*: ¿Fue por el pleito?
>
> *Mari*: No debe de ver eso nadie porque *desbaratan alguna persona de afuera que no tiene un lugar, nada,* se ha de sentir muy feo:

por eso se espantó la familia Velázquez y se vinieron todos para abajo.

Sociólogo: ¿Ya no se han vuelto a recomponer?

Mari: No, ya no. Ya eso no. Se pelean por el mismo pleito que tuvieron.

Mamá: ¿Y con quién se pelean?

Mari: Quién sabe. Serían con mujeres, mujeres con novios o esposos o cuñados, sepa Dios cómo sería. Nada más eso supe que dijeron, que por ese pleito tan fuerte que hicieron y tan largo, por eso se descompuso la familia.

Sociólogo: ¿Tú ves *repuestos* a tus papás?

Mari: Pues yo creo que sí. Y mi abuelita también, como se murió hace poco también la *descompusieron:* se vino más abajo.

Sociólogo: Fue como una cadenita: se fue descomponiendo todo…

Mari: Sí, se fue descomponiendo todo […].

Mamá: Igual y se vuelve a componer.

Mari: Pues si se va a volver a componer pero ya no va a ser igual, ya mis hermanos están casados, con hijos, con yernos […] (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Como vimos, para Bateson y la teoría sistémica el delirio del esquizofrénico es una comunicación acorde a la llevada a cabo en determinado contexto relacional. Las formas violentas de transacción entre los integrantes de una familia se pueden expresar de muchas maneras, pero todas ellas llevan hacia un problema de ambigüedad en el posicionamieno identitario de los sujetos. El más sensible de todos tomará el lugar del portavoz o chivo emisario. Los desplazamientos del discurso de Mari pueden verse como mecanismos de defensa ante su precaria situación. Ella no puede hablar de la experiencia familiar de forma directa: hay una prohibición

para hablar de aquello que genera angustia y caos en el sujeto. La familia se descompuso por algo externo: un susto o pleito causado "por los de afuera". Cuando se le pregunta a Mari si ve repuestos a los padres, ella responde que también descompusieron a la abuela. Mari es fruto de esta devastación familiar de la que nadie se hace responsable, porque les es imposible reflexionar en torno a la comunicación violenta, y que Mari revela en el delirio de manera indirecta: "lo pasaron por televisión". Situación que debería ser evitada porque "desbaratan a una persona de afuera que no tiene lugar ni nada".[56] Mari percibe el paso del tiempo y los cambios en esta familia; la madre, al momento de reconocer que algo violento sucedió, no cuestiona el discurso delirante de su hija, antes bien responde que la familia podría "igual componerse", pero ya es demasiado tarde: ella es la esquizofrénica que pagó el costo. El resto ya hizo su vida.

En el discurso de Mari es reiterada una situación pasada: ella era encerrada en casa por periodos prolongados; si trataba de salir, pateaba la puerta o gritaba, entonces le echaban agua. Los hermanos introducían una manguera y la empapaban. Presentes en una entrevista realizada por un psiquiatra, Mari le responde que su enfermedad inicia cuando sube a una azotea para rezar y repetir: "Ave María Purísima". A la pregunta del porqué de estos rezos, Mari responde que siente que va a ser "violada", que la van a "encerrar".

Ella recuerda que en el encierro escuchaba el paso de los aviones y los helicópteros. En muchas ocasiones relaciona a los pájaros con la libertad, la importancia de que los perros no sean encerrados y la idea de que no merecía ser encerrada, porque ni a un ani-

[56] Mari no tiene más un lugar dentro de esta familia si no es como la enferma o la esquizofrénica. El cuarto en donde podría permanecer si la sacan de vacaciones los hermanos es un espacio donde se guardan los tiliches de la casa. Cuando se le pregunta a Mari si quiere ir a su casa, responde: "sí, sí quiero ir a mi casa. Pero pues, es que nomás de pen […]. Si mi papá […]. Están todos por los suelos, ¿para qué voy? Mis hermanos […]. Mi hermano me dijo que cuando él me llevara me iba a desocupar el cuarto donde tienen muchas cosas, herramientas y bicicletas. Quién sabe qué tanta porquería tienen ahí, pero hasta que no la saquen, hasta que no me dejen un cuarto. […] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

mal se le hace eso. Culpa constantemente al padre de la violencia hacia ella. Veamos el fragmento de una entrevista:

> *Sociólogo*: ¿No te ha dicho algo tu papá de que te van a sacar?
>
> *Mari*: Sí ya le dije, él no me dice nada, no me platica nada, yo le tengo que estar diciendo todo a mi mamá también, yo es lo que le digo, el otro día le dije, que a mi papá lo iban a meter a la cárcel, pues porque se portó muy mal conmigo, como me encerraba en un cuarto y yo grité, grité, pateaba la puerta y a mi mamá le decía: dame comida, dame de comer ahí todo hacía. Rompí muchas cosas, luego mis hermanos me aventaban agua, de pilón. Nada más gritaba: mamá tráeme, mamá tráeme lo otro; agarraban la cubeta y ya la tenían ahí preparada, en un bote grande, para que cuando empezara a gritar, me dieran una cubetaza de agua, y luego mi hermana hasta agarró un fierro largo y lo metió ahí, ¿a ver para qué?, no será que me picara la panza o me picara, para que me muriera, no sé qué pensaba, estaba mal mi hermano también, y si él tenía la cubetita preparada para que cuando gritara, órale mi cubetada de agua [...] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Dos cosas surgen de esta violencia. La primera es que Mari experimenta el encierro de una manera angustiante. Escucha por momentos el paso de aviones y helicópteros que son precisamente los que después, ya enferma, le hablarán para decirle qué hacer o no. En su cautiverio se desdobla y se sujeta de lo que escucha en el exterior, tal vez para darle sentido a la violencia que experimentaba en esos momentos. Mari, ya hospitalizada, busca su salvación en los aviones y helicópteros, salvación que únicamente puede obtener en la realidad siniestra de la castración. En efecto, ante la pregunta a los aviones sobre cuándo podría irse, éstos le responden que la amarrarían, le amputarían las piernas, la convertirían en otra paciente de nombre Rocío, para salir. Sólo así podría escapar de su cautiverio. La segunda es que desconoce al padre. Todas las veces que se refiere a él lo descalifica, afirma que es malo, que es el demonio o tiene la brujería. Mari, en su delirio, termina por vengarse de este padre, lo convierte en pinacate para poder aplastarlo:

Sociólogo: ¿Y no ha venido tu hermano?

Mari: No, no ha venido. Ya a todos los corrí ya no quiero que vengan, a todos los corrí.

Sociólogo: ¿Por qué?

Mari: No, es que no son. Mira, mi mamá no es mi mamá, el señor que viene tampoco es mi papá y mis hermanos tampoco son mis hermanos, quién sabe qué personas serán. Yo nada más salgo con uno que se llama Vicente, con ese sí salgo.

Sociólogo: ¿Y dónde están tus papás verdaderos?

Mari: Pues mi mamá está por aquí. Es una que anda aquí, está internada también. Y luego mi papá [...]. ¿Te lo diré? ¿No te enojarás?

Sociólogo: No, dime.

Mari: ¡Ay! ¿Sí te digo? Lo convirtieron en pinacate. Dicen que lo convirtieron en pinacate, ya una vez me dijeron, cuando estaba barriendo me dijeron: A tu papá vamos a convertirlo en animal, ¿tú crees?

Sociólogo: ¿Y ya lo convirtieron?

Mari: Sí, ya lo convirtieron, por ahí anda en el patio.

Sociólogo: ¿Tu papá? ¿En serio? ¿Entonces al verdadero lo convirtieron en animal?

Mari: Ajá, lo convirtieron.

Sociólogo: ¿Y quién lo convirtió?

Mari: Pues quién sabe, no sé quién sería. Pues aquí ni se ve que conviertan, quién sabe cómo sería. Yo me imagino, me imagino yo que iba en un avión con la muchacha que salía en *Rebelde,*[57]

[57] Grupo musical juvenil del momento.

una muchacha guapita que estaba delgadita y alta que andaba con él. Entonces yo me imagino que ellos andaban de gira a la mejor en algún lado en algún avión y éste, desde el sol, como el sol también tiene, manda también a veces, entonces a lo mejor le dijo, le dijo a la muchacha: pues ahora te voy a convertir. Ahí mismo la convirtió, la haría así como humo, no sé cómo como humo así. Y ya convirtió al señor, un señor que también estaba castigado lo convirtió en persona y a mi papá lo convirtió en animal y luego cayó ahí en la esquina de ahí. Porque cayó desde [...] yo me imagino desde el avión lo dejaron caer hasta abajo y ya se convirtió en animal, y ya cayó ahí.

Sociólogo: ¿Y en qué animal está convertido?

Mari: Pues es como pinacate, no sé cómo.

Sociólogo: ¿Qué es el pinacate? ¿Son esos que huelen bien feo? ¿Son los negros? Ah, el que lo apachurras y huele feo.

Mari: Sí, yo lo apachurré y olía bien feo.

Sociólogo: O sea que ¿apachurraste a tu papá?

Mari: Sí, pero pues es que yo no sabía, yo dije: Ay, y este animal, tan prieto y tan feo; y que lo aplasto y luego empezó a oler bien feo, pero después se le quitó, como que le volvió, como que ya se le quitó lo destripado que tenía y empezó a mover las patas, y luego, ya después, cuando me acordé que vi, ya vi que iba para dentro de la coladera, se metió por la coladera. ¿Sabes cómo sé que es mi papá? Porque me dijo, dice: ahí cuidas a tus hijos, que dijo. Así, cuando estaba levantando las hojas me dijo: ahí cuidas a tus hijos.

Sociólogo: ¿Qué hijos?

Mari: Pues a mis hermanos.[58]

Sociólogo: Entonces, ¿por eso no sales a ver a los otros padres falsos?

[58] Obsérvese la ambigüedad de los posicionamientos en la red parental: Mari aquí aparece en el lugar de la madre. En efecto, en otros discursos Mari acusa a la madre de interponerse entre ella y el padre, de ser “metiche”.

> *Mari*: No pues para qué los veo si son más pobres que mis papás o no son. Nomás los hago [...]. Es que, ¿sabes por qué lo convirtieron en animal? Porque ya no supo Dios qué hacer con él. Él no podía morir, no lo podían matar o no sé por qué, algo así (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Semanas después, la enfermera le grita a Mari que tiene visita, que llegaron sus padres a verla; ella se resiste a salir y comenta: "Ah, a ver qué me dice mi papá. Otra vez el animalito. Ay pobrecito, se ha de sentir horrible que lo conviertan, todavía en un pajarito sí [...]".

El comportamiento: intercambio, comunicación y naturaleza del Don

> *Socióloga*: Tienes visita
>
> *Mari*: No quiero ir señorita, son los malos espíritus.
>
> *Socióloga*: ¿Quiénes son los malos espíritus?
>
> *Mari*: Son ellos, cuando los veo, como que me pasan algo malo de ellos, que traen de la calle [...].
>
> *Socióloga*: ¿Tus papás?
>
> *Mari*: Sí, mis papás, por eso no quiero salir.
>
> *Socióloga*: Pero ve un rato, a ver qué te dicen.
>
> *Mari*: Nada más me enferman.
>
> *Socióloga*: ¿Por qué?
>
> *Mari*: Pues sí, es que andan mal mis papás, no se portan bien, no sé cómo, me dejan algo malo ellos [...].
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

Cada vez que llegaban los padres de Mari a visitarla, ella no quería salir. Decía que ésos no eran sus verdaderos padres, sino unas copias. Sus verdaderos padres no le causarían daño, mientras que

estos duplicados, cada vez que vienen, sólo la enferman. Los padres han devenido en malos espíritus que dañan, que perturban profundamente y confunden el mundo interior de Mari. Cuando se van, dejan una conmoción nerviosa en ella, semejante al despertar de una pesadilla. Esa oscura sensación es embriagadora, mágica y devastadora. Mari no sabe bien a bien qué le provoca ese daño y se lo atribuye a la brujería, brujería que practican sus progenitores. El intercambio entre los padres y la hija se percibe por esta última como algo dañino, lo que se puede observar en la negativa de Mari al recibir los objetos y, sobre todo, los alimentos que le llevan el día de la visita familiar. Se niega a comer lo que le ofrecen, no importa si son dulces, cacahuates o frutas, lo cual perturba casi siempre a la madre, que se la pasa insistiendo a la hija para que coma lo que le lleva. Algunas entrevistas se ven plasmadas de estos interminables intercambios en que madre e hija se traban en una pequeña lucha en la que nadie cede. Observemos parte de una entrevista en donde los padres visitan a Mari:

> *Mari*: Ya me voy, no me importa, nada más me vienen a hacer daño y luego me echan la culpa: "Mariana tuvo la culpa porque nada más nos estuvo dando dulces, ya me enfermé". Yo no quiero, no, yo no los quiero [se refiere a la bolsa de dulces que le trajo la madre].
>
> *Mamá*: No te trajimos fruta porque el otro día no quisiste.
>
> *Papá* [dirigiéndose a la esposa]: Llévatelos y ahí los guardas.
>
> *Mamá*: No, porque no me los voy a comer.
>
> *Mari*: Luego, al rato les hacen daño y me culpan.
>
> [La madre, cansada de rogarle a Mari que comiera dulces, se los ofrece a los sociólogos. Mari se sienta; se observa satisfecha de haber rechazado el ofrecimiento. Poco después, regresa la insistencia de la madre.]
>
> *Mamá*: Mira, unos cacahuates: cómetelos.
>
> *Mari*: No, no quiero cacahuates: tíralos.

Mamá: Ten Mari, mira.

Mari: No, no quiero: tíralos.

Mamá: Dicen que al comer y al rascar el trabajo es sopesar. Cómete éste nada más.

Mari: No, no me como nada.

Mamá: ¿No tienes hambre?

Mari: No, no tengo hambre. Almorcé bien.

Mamá: ¿Qué desayunaste?

Mari: Sopes, jugo de naranja y papaya.

Sociólogo [al padre]: ¿Usted casi no habla con ella?

Papá: Casi no, de repente se pone muy agresiva, dice que no soy su papá, que soy el demonio.

Sociólogo: ¿Qué le ha dicho el doctor?

Papá: Nos dice que actúa así por su enfermedad.

Sociólogo: ¿Actúa diferente con ustedes que con sus hermanos?

Papá: Con sus hermanos sí le gusta estar, pero yo no le hago nada […].

Mamá: […] no le hace nada bueno (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Mari desprecia lo que le llevan porque dice que cuando lo coma le van a echar la culpa de que los padres enfermen. Es decir, no quiere compartir el alimento con los padres e identificarse con ellos, porque ellos la culpan de lo que les sucede después. El discurso es reversible: lo que coma Mari enfermará a sus padres y ellos terminarán por responsabilizarla. Ella acusa así su falta de autonomía

e independencia en sus decisiones, ya que todo lo que hace, lo hace mal: le echan la culpa. Apunta también a una historia de relaciones violentas entre padres e hija que hoy tiene un carácter irreversible, sobre todo por el internamiento de Mari y su petición —no escuchada— de querer salir. Insiste en diversas ocasiones en que si los padres no la van a externar, no tiene caso salir a verlos: ellos no son sus verdaderos padres. Además, en este toma y daca interminable se muestra la naturaleza del intercambio primigenio entre la madre y la hija; algo que se vive como el eterno retorno de un Don que no es percibido por la hija como el regalo de la madre, antes bien, es un Don-veneno o un dar lo maligno, como cuando Mari quiere regalar los zapatos que la familia le llevó. Mari está enterada de que esos zapatos no le vinieron bien a una cuñada y que por eso los regala; ella, a su vez, comenta que son zapatos del diablo y trata de regalarlos a una de las sociólogas.

> *Sociólogo*: ¿Te molestas con tus papás?
>
> *Mari*: Sí. Es que cuando les digo, me contestan que no me van a sacar, que no me van a sacar, que el doctor no quiere. Y les digo que me traigan otros zapatos y mira, no me han comprado zapatos. Mira, éstos me los trajo mi mamá y están muy feos [...] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

El afecto de los padres se despliega hacia Mari como algo imposible de nombrar, "no sé cómo, pero me dejan algo malo [...] ustedes se portan mal conmigo, pero no me acuerdo". Por eso es frecuente que Mari no quiera salir al área de visita, donde sus padres la esperan.

Reflexiones sobre el papel del sueño y el delirio

> Es que cuando sueño algo, nada más me sueño [...].
>
> Mariana

Lo propio y lo ajeno se alternan de modo amenazador e impredecible. Está, pero no está. Como Lazarus Morell, redentor espantoso, que resucita a sus esclavos pero sólo para hacerlos morir. El mundo onírico y del delirio es vivido por Mari como limitación y

punición. Y esto se expresa principalmente en la comida. Ella sueña que está sentada en la mesa, van a servir de comer pero no sirven nada, la espera es eterna y angustiante. Cuando despierta recuerda con disgusto el sueño: en todo caso, que no la sienten en la mesa, pero que no la hagan sufrir esperando. Sueña también que se baja de un taxi…

> [...] y fui a la panadería y compré unas donas rellenas de mermelada y otros panes muy ricos, pero cuando iba a comprarlos no me los daban, nada más me dejaban unos panes muy feos; luego se me aparecían unos muy ricos, pero no me los dieron. Y luego casi me puse a llorar pero no me sirvió de nada, pero se me apareció una señora y me quiso tranquilizar y me tranquilizó. No le entendía pero me quiso decir que no le diera importancia a los panes, que iba a haber una fiesta y que había de todo, y que no iba a decir nada pues lo iba a comer todo […] (notas del diario de campo).

Sueños infantiles que no responden al deseo. Mari ni en sueños puede satisfacer completamente su hambre o, una vez satisfecha, se malogra; intuimos que esa hambre no responde a las necesidades propias de todo niño, es un hambre primigenia, un hambre de deseo de una madre nutricia que estuvo ausente.

> Así, anteanoche ¿cuándo fue? Anteanoche sí, que oí que metían a unos cajones parte de pedazos de pechuga de pollo, pero puro pollo y rellenos no sé de qué cosas, no me acuerdo, pero me las comía y me las pasaba enteritos y casi no los mordía y que si los masticaba, no los masticaba, me los pasaba. Me sabían bien ricos, eran tres de esos pedazos que me pasaba. Ya al último, como no lo quería me lo guardaba. Y lo guardaron como en un tóper y se lo llevaban a Dulce, para que no pase hambre, ya no me acuerdo de más cosas […]. Pero ¿qué significará eso? Porque después soñé como […]. No sé cómo decirles pero […]. Sí soñé una cos […]. Sí, como que estaba comiendo un hoyo que tenía muchas lombricitas. No sé qué sería, a lo mejor sería hasta excremento […] (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Mari asocia el color negro con el daño, de forma que la coca cola enferma, los frijoles negros son los más corrientes, etcétera. Asocia

ser paciente con ser sirviente, y denuncia a quienes tiran la comida o no se comen la carne. Mari afirma que la fruta que le llevan se la comen las enfermeras y que, cuando le dan una naranja se la dan podrida. Las variantes del daño a través del alimento son infinitas. Los desastres se relacionan con el alimento de la misma forma que recuerda su encierro en la casa familiar, con hambre. Herencia irreparable. La madre hoy lleva comida, dulces, frutas, objetos. Mari los rechaza porque le llevan de lo peor, frutas podridas, las más baratas y feas, dulces que enferman, objetos del diablo. Cuando en el sanatorio le prohíben comer una fruta, esto lo relaciona con sus pecados, con las cosas que hace mal en su casa; cuando le dan pan, se lo quitan o se lo come otra persona. El delirio de Mari adquiere entonces la forma de tabú. Si las personas no se comen la comida, si la tiran o la desprecian, puede sobrevenir una catástrofe: sequías, una guerra.

> *Mari*: Ya no voy a platicar.
>
> *Sociólogo*: ¿Por qué?
>
> *Mari*: Porque no se dan las cosechas.
>
> *Sociólogo*: ¿Tú crees?
>
> *Mari*: Callado. Porque los hijos de Dios dicen: callado, si no, no llueve. Me agarro como perica todo el día y entonces se van a secar las milpas y no va a llover, y de seguro me van a volver muda, me pueden volver muda [...].
>
> *Sociólogo*: ¿Te dijeron? ¿Los hijos de Dios te dijeron que no hablaras porque si no deja de llover?
>
> *Mari*: Sí, porque si no, no llueve. De por sí aquí casi no llueve, casi no llueve [...] la milpita no es muy grande y para que crezca [...].
>
> *Sociólogo*: De qué ¿de maíz?
>
> *Mari*: Sí, de maíz, de maíz. También de haba, sembrados de haba [...] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Mari es atravesada por el discurso del Otro que le prohíbe hablar; la restricción a su palabra a costa de malograrse las cosechas. Nuevamente está la relación entre su deseo y la comida, su palabra y el desastre. El discurso de Mari sorprende por su semejanza con ciertos tabúes que se imponen en las comunidades estudiadas por sociólogos y antropólogos. La prohibición de comer el tótem, de tocar objetos o de hablar en determinadas circunstancias rituales que, de incumplirse, evocarían irremediablemente el mal. Ante la angustia inexplicable, Mari hace magia, se impone tabúes, cree que la familia está descompuesta porque tiene brujería. Recurre así a un sistema de explicación de antaño ante el desorden psíquico que vive, el mal debe provenir de algún lado; la angustia toma cuerpo en la magia solitaria de Mari, en su delirio imaginado y fallido, como diría Geza Róheim.

José: esquizofrenia paranoide progresiva

Antecedentes y situación familiar

José es un paciente adulto que tiene cincuenta y un años de edad. Su carácter desinhibido se manifiesta en su conducta y en su lenguaje. Los reportes de médicos y enfermeras suelen dar cuenta del jugueteo constante con sus genitales; de acuerdo con los especialistas, tiene un bajo control de impulsos y carece de juicio crítico de la realidad; a decir de la madre, de adolescente gustaba de masturbarse frente a ella constantemente, lo que condujo a que ella lo hospitalizara y le practicaran varias operaciones en los genitales. En ocasiones, cuando ve a cualquier mujer, incluyendo a las enfermeras del hospital, trata de abrazarlas y darles un beso. Su lenguaje alude sistemáticamente a temas sexuales al tiempo que toca sus zonas erógenas; entre sus ideas delirantes se identifica con héroes y personajes de historietas como Kalimán o Bruce Lee: hace reverencias, sonidos y gestos de karateca, por ejemplo, señala los puntos vitales del cuerpo y efectúa fintas para indicar que un golpe en alguno de éstos sería mortal. En general no se entiende lo que habla, aunque por momentos es muy claro: “toca —mostrando sus bíceps—, puro acero”. José dice que estudia la mente y que puede leerla: “todos están locos” —afirma—, y con su dedo índice señala el

área de visitas del sanatorio. Brinda con coca cola, eructa y ríe. Se lanza sobre una familia que va entrando con un refresco de dos litros y los saluda: "amigos". ¡Ven para acá, tú ya tomaste coca!, le ordena la madre; en esos momentos el médico señala que si se le ponen diez cocas enfrente, todas se las toma sin pensar en el daño que ello podría causarle. La madre platica que cuando José nació estaba morado, éste le pide a ella que lo siente en sus piernas, que lo cargue, y añade que él es rojo, no morado.

Dolores, la madre de José, nació el 6 de mayo de 1935 en el Distrito Fedral; su abuela es de Atlixco, Puebla, y su abuelo, alcohólico, de San Juan Teotihuacán. Hacia 1948, apenas a sus trece años, su madre inicia una relación de noviazgo con su futuro esposo, con quien nueve años después contrae matrimonio en el mes de agosto, por el hecho de estar embarazada de José; la unión es un fracaso y se separan el 24 de diciembre del mismo año. El 16 de marzo de 1958 nace su hijo.

Desde pequeño José fue educado con violencia por su abuelo alcohólico y rechazado por su madre, quien se dedicó a trabajar para mantenerlo. En 1969 nace Silvia, media hermana de José, fruto de una segunda relación efímera. En este mismo año a José se le diagnostica una enfermedad mental crónica degenerativa. En 1971, a causa de su adicción, muere su abuelo. La enfermedad de José se agrava, se dice que era muy agresivo y destruía las cosas; en 1973 (a sus dieciséis años) se decide practicarle dos lobotomías en el Instituto de Neurología.

Silvia se casa a los dieciséis años y a esa misma edad tiene a su primer hijo; la relación con su madre se vuelve tensa. Dolores nunca olvidó su infancia violenta, los recuerdos de maltratos y golpes de ese padre alcohólico siempre han estado presentes. En 1985 ella sufre fuertes presiones laborales que, aunadas a los problemas con sus hermanos e hijos, derivan en un "ataque de nervios" y es internada por un año en un hospital psiquiátrico. A falta de alguien que se haga responsable, José, su hijo, también es internado. Diez años después, debido a un diagnóstico de invalidez mental, Dolores se jubila.

Durante su embarazo, Dolores transmitirá al "cuerpo biológico" las angustias y los fantasmas que harán de este hijo un ser destinado socialmente. El hogar es el espacio en donde se recrea el deseo. Se dice que el hogar está en cualquier parte en donde haya

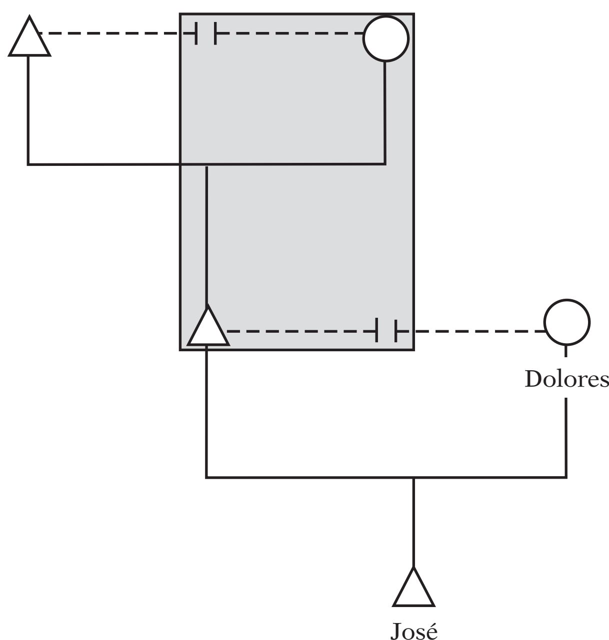
afecto y disposición; tal vez por eso a ella no le importó vivir con la madre de su pareja. Una serie de agresiones verbales, de malos tratos y palabras —proferidos durante cuatro meses— bastaron para terminar el cuento de hadas y con los nueve años de noviazgo, con los sueños y con la promesa de un futuro estable. Las aspiraciones se vieron truncadas, entre otras razones, porque la frontera entre la pareja y la madre se desdibujó; la noción del "nosotros" de esta pareja fue invadida por la suegra con "justa razón", ya que ella consideraba que sus opiniones debían de ser siempre tomadas en cuenta, por la sencilla razón de que vivían en su hogar y ahí se hacía su voluntad. No sorprende que todas las opiniones de esta mujer fueran avaladas por su hijo. La suegra, celosa de esta unión, no era feliz; se sintió traicionada, decía que el matrimonio había sido forzado por el embarazo. La alegría dulce y taciturna de la vida familiar, fantasía recreada por muchas mujeres, jamás existió. En esta historia plena de violencia, el sueño se transforma en infierno, dentro del cual nacerá José. La madre recrea las sensaciones sobre el nacimiento de José con las palabras siguientes:

> Se convirtió en una relación en la cual ya no había amor de pareja. Sólo había falta de compañía, falta de estímulo, de apoyo, de cariño y de ternura [...]. Después de nueve años hubo una relación, pero una relación angustiante, una relación casi forzada. La ilusión para mí se había terminado. Me di cuenta desde que estaba yo embarazada, lo repudiaba: lo odié, no lo quise ya más [...] (notas del diario de campo).

El infierno cotidiano de aquel entonces fue agravado por el abuelo de José, debido a la embriaguez crónica de la cual vivía prisionero, "sólo dejó de beber cuando éste murió", añade Dolores.

La violencia del matrimonio obligó a regresar a la madre de José a casa de sus padres; Dolores nuevamente convivía con su familia de origen. El eterno retorno —nietzscheano—, evitó que su esposo conociera a su futuro hijo; violencia y abandono marcaron el destino de José, quien llegaría a ser un enfermo mental. El regreso al lugar de origen fue acompañado de un fuerte sentimiento de frustración y fracaso, la madre de José volvió al hogar justo cuando el fruto de una unión efímera se hallaba en el umbral de la vida. La situación en el hogar de procreación es recordada por la ma-

FAMILIOGRAMA 1



La ley de la suegra fue tan fuerte que no le permitió al nuevo matrimonio mantenerse unido.

dre de forma tormentosa, ya que las relaciones familiares pasaban por la dictadura de su propio padre. Ella recuerda a su familia como incapaz de expresar muestras de cariño, puesto que la convivencia familiar se caracterizaba por los mutuos reproches.

El regreso de Dolores provocó malestar; su familia se puso en contra de ella, despreciándola y reprochándole su fracaso matrimonial. Siendo la mayor de cuatro hermanos, es discriminada por su padre y sus hermanos; la madre, mujer sumisa, vive al margen de la situación: no tiene tiempo de manifestar afectos, ya que siempre está ocupada limpiando la casa.

La futura madre de José sabe que su odio hacia los hombres empezó en aquella época, puesto que nunca recibió el apoyo de sus hermanos, tampoco del padre y mucho menos del esposo: "tenía mucho maltrato de mis hermanos, tenía tres, los tres me pegaban, me corregían y me insultaban", expresa Dolores. En el hogar

le sentenciaron: "aquí tendrás una casa donde vivir, pero tienes que trabajar para conseguir la leche, comprar los pañales y para que tu hijo coma, porque aquí no te lo vamos a mantener". El recuerdo es un testimonio de tristeza, de vergüenza por su familia; la herida no ha cicatrizado pese a que ya han transcurrido más de cincuenta años. El dolor se ha mantenido en su mundo, en donde el tiempo no transcurre. En más de una ocasión, mientras nos narraba su historia, expresó el dolor que le provocan los recuerdos, palabras que reviven el daño y que durante la entrevista se traduce en llanto.

El hijo que todavía no ha nacido es la causa que explica el desorden y el caos; fruto del azar destructor, aún no viene al mundo y representa ya una carga, se convierte en un problema que complica la situación, ya de por sí difícil. Muchos padres piensan: "este niño me va a echar a perder la vida" o "mi hijo un día me va matar de un coraje", y como profecía autocumplida los niños llevan a efecto el destino que el oráculo les ha trazado. Lo que viene después se encuentra latente en la interacción humana, ya estaba ahí de manera inconsciente, sólo hace falta depositarlo en alguien. En tal situación de abandono y de violencia, de angustia y falta de deseo materno, nace José.

Como se observa, desde antes del nacimiento existe una novela familiar, una historia que traza el porvenir y que se hará evidente en la forma de sentir y representar dicho nacimiento. Dolores comenta a este respecto:

> El parto se pasó por doce horas y media; él ya estaba morado, me lo sacaron como quien abre un pollo y le sacan la menudencia, así me lo sacaron a mí. Además me lo tuvieron que botar con fórceps, me rasgaron, me tronaron toda. De milagro vivió [...]. Hay algo que me desconcierta: yo no sentí esa ternura, ese amor, esa ilusión (notas del diario de campo).

Doce horas y media pueden significar muchas cosas: exceso de sueño, de trabajo, o bien pueden ser la inauguración de una catástrofe como lo fue en este caso. Como si existiera una resistencia inconsciente para detener la llegada de este hijo que ya "pesaba", aun antes de nacer. Se pasó el tiempo del parto y, con ello, ocurrió la consecuente "lesión cerebral" que selló el destino de José para siempre. Para la madre ése fue el inicio de la enfermedad mental,

el acontecimiento que se instaló como fundador en su imaginario. De pronto la noche se volvió perpetua y la tortura de vivir más efectiva, a las tardes grises y al mundo sin color, se le vino a sumar otro sueño roto. Actualmente José es un hombre de cincuenta y un años, enfermo mental crónico y huésped permanente del sanatorio psiquiátrico, fruto de una novela predestinada…

La infancia de José como destino

> Yo observé una cosa que me causó dolor. Yo veía cómo los padres ven a su primer hijo y se recrean en él, que son amorosos, que son cariñosos, que son tiernos. Yo no veía nada de eso en él. Pero eso, no quería que él lo viera.
>
> Dolores, madre de José

Dolores intuye que no nació en el sitio que le correspondía, hubo una mala broma del destino. Ha olvidado el placer que significa que alguien recorra su piel, olvido que se traduce en dolor. Ha visto, igualmente, cómo un sueño tras otro se quiebra, cae al vacío para romperse en mil pedazos. Pero no hay espacio en la vida para el llanto. Hay que trabajar, hay que salir a la calle, huir de los padres, encontrarse lejos del hogar de origen, de los fantasmas que la persiguen, de la melancolía y también… del hijo. Los abuelos se asignan la tarea de la formación del pequeño, destierran a Dolores al mundo laboral y a las responsabilidades económicas, al tiempo que ella no quiere saber más del hogar y del hijo. Así, el sistema familiar adquiere un estado homeostático, en donde el juego del deseo es escamoteado. El intercambio se establece entre reproches y responsabilidades, claro está que este intercambio es más del orden mercantil que del orden de una transmisión simbólica, de un Don inestimable.

Al principio nadie imagina que el pequeño José derivará en un enfermo mental. Es demasiado chico para ser evaluado en sus obligaciones familiares y sociales, aún no tiene la capacidad física de manifestar con la fuerza suficiente una serie de síntomas que le valgan el rótulo de enfermo mental; quizá por ello la madre seguirá rechazando sistemáticamente a este hijo. La madre no integra la cadena de intercambios simbólicos, reproduce la complicada leal-

tad generacional. De ahí que la enfermedad de José trate de ser explicada por una lesión orgánica en el cerebro y no desde el dolor del vínculo. Esa chispa de vida fue originada en el caos y será el testimonio vivo del fracaso de la madre; José objetiva el desorden de la estructura de parentesco, es la consecuencia de una tragedia. Hoy este hijo es para la madre algo imposible de representar y, por ende, de lo que nada se quiere saber; sin embargo, no lo puede dejar.

Es en tal contexto relacional que José es socializado. Desde muy temprana edad, la anarquía rige su vida emocional; junto a su madre es desde donde se significa su universo. ¿Es que acaso las futuras manifestaciones de su enfermedad mental no pueden entenderse como efecto de tales acontecimientos, como una forma de adaptación a un medio ambiente perjudicial? A este respecto, el antipsiquiatra Morton Schatzman refiere:

> Ciertos individuos considerados como locos parecen haber aprendido modelos extraños de experiencia y de conducta en una temprana fase de su vida. Mucho de lo que se supone locura puede bien considerarse como una forma de adaptación a determinadas situaciones de aprendizaje (Schatzman, 1994:37).

La devastación simbólica de José es explicada por el diagnóstico biológico que lo marcó desde su nacimiento como un niño con lesión cerebral; no obstante, fue un niño fuera del deseo de la madre. Desde esta perspectiva, José mostrará una serie de conductas que pueden ser explicadas como estrategias para adaptarse al caos familiar. Repite patrones que aprendió de algún modo. Las presuntas afecciones orgánicas que marcaron su destino desde el nacimiento se mezclaron con una serie de relaciones afectivas de naturaleza violenta que marcaron toda su educación. Sus afecciones mentales deben comprenderse conjuntamente como consecuencia de la dimensión interaccional; su tratamiento, por lo tanto, no debe centrarse únicamente en el medicamento tranquilizador, sino en un orden afectivo de naturaleza más amplia.

En cada jornada que formaba parte de la infancia de José, se estimuló el rencor, que posteriormente se expresaba en golpes. No fue por mucho tiempo, ya que él comenzó por ensimismarse, como si se tratara de un último recurso para defenderse ante un medio vio-

lento: el alcoholismo del abuelo, la sinrazón de los golpes, la negación de la madre, etcétera. Durante la adolescencia, José comienza a presentar fuertes "errores de conducta"; primero lloraba y se angustiaba mucho, después se pegaba a sí mismo, afirma la madre.

Conforme fue creciendo José, su enfermedad se fue desarrollando. Dolores creyó firmemente que su hijo duplicaba el comportamiento de su padre alcohólico, de tal manera que José se constituyó en el trago imaginario de un ser mortificado; la frustración le robó el rostro humano, como Schreber, su alma fue asesinada, muerta el alma ésta renace como enfermedad mental.

Del prepaciente al paciente crónico

En 1969, Dolores se vuelve a enamorar, pero el sueño sólo le dura un par de meses, que le dejaron como resultado un nuevo embarazo. Por aquella época José, angustiado, huía a un mundo ajeno. A sus once años de edad una voz interna le decía: "¡corre, corre, corre!", y él corría; se lanzó al vacío con la esperanza de encontrar el sentido frente al no ser. José fue atropellado por un automóvil, pero sobrevivió. El accidente provocó que su cráneo quedara destrozado, "como un huevo estrellado" —dice la madre—. A partir de este suceso, se le trató en el hospital de neurología, donde se le diagnosticó la enfermedad que lo seguiría hasta la muerte: esquizofrenia paranoide progresiva.

Ya antes de ser arrollado, José actuaba diferente: no comía, vagaba por las calles, se masturbaba, insultaba a su madre, hablaba con muchas majaderías, se dormía debajo de la cama y ya nada le parecía correcto. Algunas de estas prácticas son propias de la adolescencia, sin embargo, para los médicos del Instituto de Neurología eran síntomas de una patología biológica. José comenzó a ser controlado mediante fármacos, pero lo que él necesitaba era afecto; quizá por ello el medicamento no surtió el resultado esperado, antes bien, siguió manifestando problemas de conducta. Comenta que: "rompía cosas, platos y vidrios". A los dieciséis años de edad, con la fuerza de la adolescencia, a José se le cobraron todas las facturas; con la finalidad de aplacar su intemperancia, se le hicieron dos lobotomías. Así, mutilando parte de su cerebro, se esperaba por fin "curarlo".

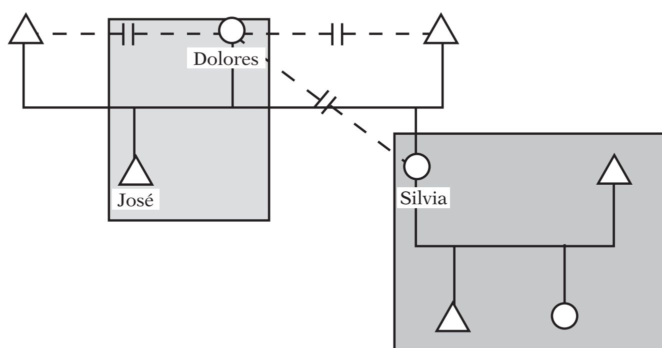
Una vez intervenido, se comenta que estuvo tranquilo, aletargado mientras cicatrizaban sus frontales; incapaz por sí mismo de ir al baño, tendría que usar pañal por el resto de su vida. Su madre platica que tapizó la casa con plásticos, ya que su hijo había perdido totalmente el control sobre sus esfínteres. El intercambio simbólico, el "toma y daca de leche y caca" —como lo nombró el psicoanalista Néstor Braunstein—, permanece como intercambio entre la madre y este hijo adolescente. El lazo infantilizado con la madre devino con una mayor fuerza; ella lo expresa en este renacer inevitable e insostenible con este hijo ahora diagnosticado como enfermo mental: "le tuve que enseñar a conocer muchas cosas, aprendió a hablar y a ver. Se empezó a mover".

Cuando José fue recobrando poco a poco las fuerzas, lo primero que hizo fue golpear a su madre. Nadie se forma en el aislamiento absoluto, dependemos de otros y nos debemos a esos otros. José infiere que la causa de su malestar proviene de su madre, ya que de vez en cuando le reprocha: "por tu culpa estoy así, por tu culpa no soy feliz, por tu culpa no tengo pareja, por tu culpa no me puedo casar, por tu culpa no tengo novia y por tu culpa no puedo trabajar". Dolores acepta su responsabilidad, se angustia y llora, es la única forma como ha aprendido a querer a su hijo, con un sentimiento de ambivalencia, con el afecto característico del "doble vínculo". En efecto, ella lo miró con malos ojos, aun desde antes de nacer; afirma que este hijo la ha querido asesinar, pero sabe que lo tiene que querer y es responsable de su estado de salud. Actualmente siente que José le da alivio a su vida, que es la razón que la hace salir adelante; de hecho, afirma que este hijo es y ha sido la única persona con la que ha podido mantener una relación estrecha, no importa que ésta sea conflictiva. José, por su parte, hace lo propio. Algunas veces es tranquilo, juguetón, risueño y amoroso con la madre, pero otras es agresivo, grosero e insensato: la desprecia. Como dice un médico psiquiatra: "para que se pueda bailar tango, se necesitan dos".

Sin lugar a dudas, Dolores ha mantenido una pauta reiterada en su grupo familiar, un elemento inconsciente que se ha repetido más de una vez en sus relaciones de pareja, pautas que la memoria disuelve, pero que dictan su fracaso. En la actualidad su hija está casada, viven juntas ambas familias, pero no se frecuentan, hay muchos conflictos, sea porque la hija no paga la luz o porque Dolores no pa-

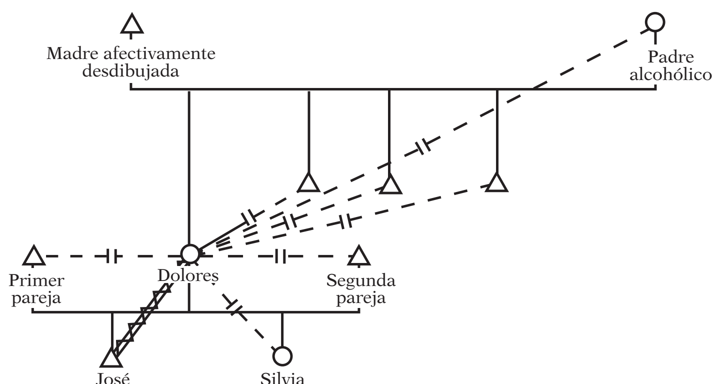
ga el teléfono, o por cualquier otro motivo, pero ninguno tan importante como el que representa José, centro de atracción que estabiliza y reproduce la violencia.

FAMILIOGRAMA 2



Las relaciones emocionales de Dolores. Como se ilustra en el familiograma, la situación actual de Dolores establece que con la única persona que ha podido estar es José, pese a que éste en ocasiones muestre desprecio a su madre. Aun así, han alcanzado un equilibrio en su relación gracias a que José está encerrado.

FAMILIOGRAMA 3



Aquí se muestra una dinámica de inestabilidad emocional intergeneracional.

El viaje interminable de Jazmín

No soy ciega al hablar […].

Jazmín

Una mujer de tez blanca, de rasgos finos, de ojos de color verde, profundos y distantes; de estatura media y muy delgada, quien siempre porta una gorra color rosa y lleva un recorrido inesperado en su caminar, va de un lugar a otro, sin dirección fija, movimiento paradigmático que en momentos se detiene, como si repentinamente sufriera un entumecimiento corporal que le impidiera moverse; en esos momentos lanza una serie de soliloquios ajenos al entendimiento de médicos, trabajadores y enfermeras. Jazmín gusta de repetir frases cortas para todo aquel que se atraviesa en su camino. No todas esas frases son ajenas a la realidad, ni son fruto de una imaginación desbordada como pudiera pensarse en un principio; algunas de ellas, conforme transcurre el tiempo y tras preguntar a los actores que conforman el hospital, adquieren cierta pertinencia. Otras seguirán siendo del orden de lo inexistente, al parecer de quienes, como nosotros, visitan cada semana el hospital.

Ella es Jazmín. Viajera entre varios mundos, en donde lo sagrado y lo profano están presentes. Esta delgada e incansable mujer deja entrever la situación caótica que fue su vida. Su agitado discurso es manifestación del traqueteo de las vivencias de cada miembro familiar, intento de tejer lo indescifrable; hombre y mujer, ir y regresar, ausencia y presencia; de los elementos que no puede asir para formarse una subjetividad integrada, una identidad definida; su hacerse es recreación fallida, repetición de trozos de un ser fragmentado y desdoblado:

> *Jazmín*: Soy de dos, mi padre y mi ma […]. No vale comunicarse […].
>
> *Sociólogo*: Tu padre […]. ¿Viene tu mamá? ¿Quién viene?
>
> *Jazmín*: Yo no sé quién, eso no sé, a veces me voy solo, de aquí para allá, a veces me voy, a veces que es de este lado […]. Cuando yo estoy solo, cuando soy de dos, cuando voy de dos, cuando voy de dos no los entiendo, yo no estoy diciendo que no es cierto […].

Sociólogo: ¿Eres de mamá y papá?

Jazmín: Cuando soy de dos, a veces, cuando soy de dos, cuando soy de dos a veces [...]. Yo no estoy mintiendo, no estoy mintiendo [...]. Yo no estoy mintiendo [...]. Tengo hambre a veces [...]. Cuando soy de dos a veces [...]. Cuando baja la autoridad de abajo, cuando baja, a quien [...]. A quien [...]. A quien le hablan, la guardia [...]. Por decir [...] No quiero que te vayas [...]. Les hablo no se vayan, de quien, baja el guardia de abajo y él te dice es eso, eso, eso, y eso. Baja de abajo y es la autoridad y él te dice.

Sociólogo: ¿Qué te dice?

Jazmín: Son autoridades solas [...]. Cuando yo estoy solo en el día, en un lugar, agarro y [...]. Me está molestando y agarro todo el día [...]. Todo el día [...]. No se vayan, lo que les digo es que no se vayan y se queden [...]. Y se quieren ir [...]. Y lo que les digo y lo que me haces ¿eh? que me haces [...]. No tienen por qué irse ¿para qué se van? Tú no tienes por qué irte [...]. Yo no te estoy corriendo, porque yo no te estoy corriendo [...].

Sociólogo: No.

Jazmín: Porque no te corro. Mari no está, no viene, Mari venía antes y Mari ya no viene, a mí me enseñaron de dos y estoy solo [...]. Y yo los he visto y no les tengo miedo que soy de dos, que ya han venido, no les tengo miedo porque ya han venido [...].

Sociólogo: Aquí platicamos.

Jazmín: Ya han platicado, porque han venido, explíquese primero por qué [...]. Tengo que entregar una, una, una, una... Porque la tengo que entregar el documento [...]. ¡Esto no se te puede entregar! Me enseñaron que soy de dos, a mí me enseñaron que soy de dos, cuando me quedo solo a mí me enseñaron que soy de dos [...]. Lo agarro así [...]. Lo agarro así [...] y de este lado para sentarme [...]. Lo agarro se está vistiendo Ernestina, me está provocando [...] en la casa [...]. Lo que hace Ernestina en todo el día es estarse pasando. Miren, no les tengo miedo, no les tengo miedo [...]. Ya los he visto [...]. Porque lo que le estoy diciendo

es que soy de dos […]. A veces. Explíquense […]. Explíquense. No quiero que se vayan, no se vayan, no […]. Y esa Ernestina me está molestando, lo sigo diciendo […]. No tengo por qué tenerte miedo, tú eres una persona que venía […]. Que venía de este lado, que venía y no viene, entonces […]. No se vaya aunque le digan no se vaya a ir, las autoridades ¿Quién les habló? ¡No se vaya señor! Cuando a mí me hablan de allá abajo […]. A mí me enseñaron que soy de dos y es lo que hice […]. Y ella dice que se vayan y no tienen por qué irse […]. Soy de dos. Quién te dijo que te vayas, no puedes dejar a una persona sola, no la puedes dejar sola a la persona […]. Yo no te lo puedo entregar. Se burla o qué, oiga no es burla. No se estén burlando […].

Sociólogo: ¿Ya quieres que nos vayamos?

Jazmín: No, no se vayan, soy de dos. No tienes por qué irte, son autoridades que bajan de abajo, la autoridad baja de abajo, están dispuestos de todos lados, las autoridades, son las autoridades, no tienen por qué irse, no te vayas. No se vayan, vengan, vengan [nos invita a que la sigamos hasta una mesa y camina hacia el lado contrario al que nos dirigimos]. No se vayan, déjenme que les explique […] [grita] vénganse, no se vayan, vénganse […]. No tienen por qué irse, no se los puedo entregar nada más porque sí […]. No te entrego los documentos son míos […]. Soy de dos, dile delante de la gente que soy de dos, ¿Por qué te vas a ir? No tienes por qué irte, yo no te he hecho nada […] (fragmento de una entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Soy de dos: división plena de Jazmín. Ruptura subjetiva que procede de un contexto dado por una familia nuclear compuesta por papá, mamá y cuatro hermanos; ella ocupa el segundo lugar. El padre nace en 1938. Para 2002, momento en que es llevada Jazmín al Hospital Psiquiátrico del Carmen, cuenta con sesenta y cuatro años de edad, continúa vivo, aparentemente sano y constipado por la enfermedad de su hija. Cada vez que él la visita, termina por hacerla enojar, por lo que ella se aleja de su padre e ingresa nuevamente al pabellón. La madre nace en 1944, tiene cincuenta y ocho años de edad, actualmente se encuentra viva y es la familiar responsable de la paciente en el sanatorio, aunque los reportes de enfermería dan cuenta de que la madre, durante la visita al hospital, pre-

fiere distraerse con otras personas. La madre está enferma de HAS (Hipertensión Arterial Sistémica), la cual está controlando médicamente. Cabe mencionar que a sus veintiséis años, la madre da a luz a Jazmín. Una de sus hermanas, un año y medio mayor, lleva tratamiento psiquiátrico en el Fray Bernardino Álvarez. Jazmín tiene un tío (hermano de la mamá), que se dice "falleció de problemas psiquiátricos".

En su familia las relaciones interpersonales se llevan a cabo con dificultad, están enlazados pobremente debido a la falta de interés y responsabilidad de uno hacia otro. Su situación socioeconómica es de nivel medio-bajo: rentan el departamento en donde viven, además de tener problemas económicos constantes. La manutención está a cargo del padre (su tarea es ser el proveedor, exclusivamente económico, en el hogar) y ésta continuamente falla o es deficiente, tanto como su "poca" implicación familiar. La madre afirma que su esposo "no sirve ni para la cama".

Jazmín, desde su psicosis hace un llamado al padre para que imponga límites simbólicos (padre disminuido, inexistente, que nunca está en casa), haciendo estallar su agresividad verbal y física hacia éste. De conformidad con el psicoanálisis, en todo caso de psicosis existe un personaje que contrapuntea y marca la situación de la enfermedad del sujeto; aquí ese papel lo representan con exactitud el padre y la hermana. Para la madre de Jazmín, el padre no existe. Comenta:

> El padre sale temprano de casa y llega hasta la noche. Es una persona irresponsable que no gana el dinero suficiente y sobre todo, no se hace cargo de la familia. Toda la vida ha sido siempre así. La madre relata que cuando Jazmín era pequeña el padre la consentía mucho, pero que a raíz de que le brotó la enfermedad se peleaba con ella, la maltrataba y le pegaba. Nunca soportó que su hija estuviera enferma (notas del diario de campo).

Jazmín nace el 5 de julio de 1970. Su gestación evoluciona de manera normal; la madre recuerda que sólo una vez sintió mareo y que le dieron vitaminas, que fue un parto rápido, normal, atendido en el hospital. El desarrollo es visto como regular hasta los cuatro años, cuando ingresa al jardín de niños, lugar en el cual no ponía atención y es remitida a tratamiento médico, en donde le realizan

varios estudios: EEG, BH, EFC,[59] y se le aplican diferentes tests psiquiátricos sin diagnóstico de enfermedad mental alguna; no obstante se le asigna un tratamiento con base en la ingesta de Tegretol. Otra de las enfermedades que padeció Jazmín fue el sarampión entre los nueve y diez años, también sin secuelas.[60]

A sus quince años, a partir de una separación sentimental, Jazmín empieza a mostrar cambios de carácter, representados por retraimiento, deseo continuo de vomitar (sin lograrlo), insomnio, fugas de casa (se perdía en la calle para regresar horas después); su comportamiento provocó que durante los tres años siguientes su vida se convirtiera en un recorrido institucional por múltiples hospitales: el Fray Bernardino Álvarez, el San Rafael, el psiquiátrico del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sallasgo, este último ubicado en San Luis Potosí. Un total de dieciocho ingresos con sus consecuentes egresos. A partir de ahí, la vida de Jazmín fue cíclica, entre internamientos y altas, que no impidieron el progreso de su sintomatología psicótica, al contrario, ésta fue aumentando conforme pasaba el tiempo. Sin embargo, todo recorrido tiene un fin. Jazmín es ingresada en el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen el 4 de octubre de 2002, bajo el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme orgánico,[61] con rasgos maniatiformes, con retraso mental leve moderado y probable hipertiroidismo. Su pronóstico, a decir del expediente, es bueno para la vida, pero malo para la función emo-

[59] Método *agnostic*, pruebas de medición de coeficiente intelectual, etcétera, que demuestran la existencia de experiencias fuera del cuerpo (reales o imaginarias).

[60] En un juicio disminuido —asocial—, con enuresis —antes de los dos años—, distracción —que se hace visible a los cuatro años—, en la imposibilidad de cuidarse —como un bebé necesita ser asistida para comer, para vestir.

[61] El trastorno esquizofreniforme es uno de los trastornos psicóticos y de esquizofrenia, en los que se reconoce un periodo continuo de la enfermedad, con fases o episodios depresivos mayores, o maniacos, o mixtos. Durante el mismo periodo de enfermedad hay ideas delirantes y/o alucinaciones, por lo menos durante dos semanas. Asociados a este trastorno puede haber una pobre actividad laboral, un retraimiento social, dificultades para el cuidado de sí mismo y un riesgo alto de suicidio. Es frecuente en este trastorno la anosognosia (“negación de…” o “cerebro roto”), pero quizá de una manera menos acusada que en el trastorno esquizofrénico. En el CIE-10, la definición del trastorno esquizoafectivo es mucho más amplia, ya que incluye casos en los que aparecen ciertos síntomas psicóticos en el transcurso o no de alteraciones del estado de ánimo.

cional e intelectual y su rehabilitación, por lo tanto se recomienda la internación definitiva. Se prescribe entonces un tratamiento con: Triufloperazina, tecanoato dealoperidol, biperiden, clonazepán, carbamazepina y lebotixoxina, además de recomendar una observación estrecha.

Su continuo andar en las calles —denominado vagabundeo— se prolonga dentro del hospital, síntoma peculiar característico de ciertos pacientes. En efecto, Jazmín se caracteriza por su continuo e incansable caminar que combina con momentos de tranquilidad e indiferencia (casi al grado del autismo). Por instantes refiere que no se quiere quedar ahí. El cuerpo de Jazmín se agita, muestra su constante alteración e inquietud. El contacto con sus compañeras de internamiento es nulo:

> *Jazmín*: ¡Que es de este lado!, que es de este lado, que es [...]. Es de este lado, de este lado […]. Que es de este lado, que es de este […].
>
> *Sociólogo*: ¿Quién es de este lado?
>
> *Jazmín*: Que es de este lado, que es de este lado, que es de este lado. Que es de este lado, que es de este lado. El otro día yo llegué, yo llegué, hasta por allá volví a llegar.
>
> *Sociólogo*: Yo sé que te ibas, pero siempre regresabas.
>
> *Jazmín*: Siempre llegué, siempre llegué, siempre llegué, pero nunca me perdí […].
>
> *Sociólogo*: ¿Te ibas?
>
> *Jazmín*: Sí, pero siempre llegué, siempre llegué […] (fragmento de entrevista realizada en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Desplazamientos discursivos que tampoco encuentran el final de su infructuoso recorrido en la búsqueda del sentido, aun cuando en algunos momentos parecen detenerse. Es una búsqueda constante del lugar, un lugar en el desdoblamiento psíquico que hace presente la historia subjetiva y social de Jazmín con respecto a los múltiples pedazos de sí que persisten: identidad fracturada. La in-

sistencia en temas religiosos o místicos no es casual, son intentos de anclaje en este mar a la deriva que la subjetividad experimenta. A veces, el delirio adquiere sentido, ya que no todas sus palabras están hechas de pedazos irrelevantes:

> *Sociólogo*: ¿Te mandan a la iglesia?
>
> *Jazmín*: Me mandan iglesia por iglesia. Iglesia por iglesia me mandan.
>
> *Sociólogo*: ¿Quién, tu mamá te manda?
>
> *Jazmín*: Me mandan a la iglesia a mí. Desde que Mari no está.
>
> *Sociólogo*: ¿Quién es Mari, tu hermana?
>
> *Jazmín*: Desde que Mari no está. Mari, desde que Mari, Mari, Mari. Desde que Mari no viene, desde que Mari no está. Que es de este lado, que es de este lado. Desde que no viene, desde que no viene está todo esto, está todo esto, desde que no viene.
>
> *Sociólogo*: ¿Quién no viene?
>
> *Jazmín*: Desde que no viene Mari.
>
> *Sociólogo*: ¿Quién es Mari?
>
> *Jazmín*: Desde que no regresa, Mari. Desde que no viene Mari está todo eso, eso, no viene. Mari ya no regresa, Mari, Mari. Es que desde que no está Mari. Y no está, desde que no está Mari, no viene Mari, desde que no está Mari, desde que no viene, que no ha venido. Que es de este lado, que es de este lado [...]. Me mandan a la iglesia, me mandan (fragmentos de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

A pregunta expresa realizada a una enfermera sobre la identidad de Mari, sabemos que fue una enfermera que ya no trabaja en el sanatorio. Mari es quien detenía eventualmente los abrazos e insinuaciones sexuales de Ernestina sobre Jazmín. Desde que Mari ya no está en el pabellón de mujeres no hay quien pueda detener

los besos, las caricias y los piropos, subidos de color, que emite Ernestina. El delirio adquiere un chispazo de sentido: “desde que Mari no está, esta Ernestina se la pasa todo el día […]”. Regreso a la ley, a la religión:

> *Jazmín*: ¿Dónde queda la catedral, para allá? Señalando el lugar donde se encuentra la celda de castigos […].
>
> *Sociólogo*: No, la catedral queda hacia allá, tomas un micro afuera, te vas en el metro, hasta el Zócalo, ahí te bajas, sales y ahí está la catedral.
>
> *Jazmín*: ¿En el metro? ¿En el metro? [Se aleja y regresa]. El metro, ¿lo tomo?
>
> *Sociólogo*: Sí, mira, afuera pasa el micro que te lleva a Tasqueña, ése te deja en el metro, te vas para el Zócalo, y en el Zócalo hay una parte que dice salida a la catedral.
>
> *Jazmín*: ¿Pero ésa es la que me deja? ¿Ésa es la que me deja? Pero ésa es […] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

De su predilección por la iglesia, su mamá menciona que acudían a misa acompañados por la propia familia, o por amistades de ellos. Además de que un tío de Jazmín, llamado Roberto, es sacerdote. El tema del sacerdocio, de ser fraile, de ser Dios, acoge y da referencia a los vínculos que va a establecer Jazmín con determinados sujetos de su realidad, intercambiando lugares, unificándose con ellos o en una actitud de amor y reclamo:

> *Jazmín*: Con mi tío Roberto […]. A mi tío Roberto soy por igual. A mi tío Roberto soy por igual.
>
> *Sociólogo*: ¿Qué es tu tío Roberto?
>
> *Jazmín*: Es sacerdote, yo soy sacerdote también [...]. Pero no eres Dios. Yo soy Dios. Mi tío Roberto es hombre sacerdote que se tiene que ir, que yo ando solo, que tiene cierto horario, que tiene botas […]. A cada rato pregunto por horario, porque yo pregun-

> to por horario [...]. ¡Yo pregunto por horarios! ¡Tengo que preguntar por horarios! ¡A cada rato tengo que preguntar que yo tengo un cierto horario! Yo ando solo, yo ando solo [...]. Es fraile, no son nadie para detenerme [...] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Su tío es ella y el otro, el otro que es ella son uno, sin diferencia. Jazmín insiste en que es Dios, fraile... El otro, pero también, el otro es diferente, la acompaña en su traslado eterno, en su recorrido no va sola, en ocasiones va con su tío, o bien varía el nombre de quien la acompaña, o quién es (como han manifestado algunos trabajadores de la institución hospitalaria).

Ese ir y venir de un lugar a otro no deja de ser lo que usualmente practica Jazmín, es repetir su lugar de sujeto evanescente, que intenta hacerse en su caminar interminable que la deja suspendida en ese algo inhabitable, donde el significado no llega. Cada paso que da Jazmín lo acompaña con la voz, habla en voz alta, hablar-hablar, caminar-caminar, hablar-caminar, caminar-hablar. La verborrea incoherente e incongruente la hace parecer un ser irritable e insistente, entre frases que no alcanzan a tener contacto aparentemente con nadie; son exclamaciones o imposiciones de un lugar de ser y/o estar para el Otro. De forma ininterrumpida suelta frases que parecen haberse atorado en su boca, tanto en el ritmo como en el tono que emite su voz: "A usted quién le dijo que viniera, no se vaya joven, no se vaya a ir, esta Ernestina se pasa todo el día, no se vaya joven, nadie le dijo que se fuera, a usted quién le dijo, que es de este lado, que es de este lado, no se vayan a ir".

Palabras que parecen huecas y sin sentido, que en tanto se dan no se saben para quién son, pero marcan una mínima línea de contacto con la realidad social; por ejemplo, Jazmín, entre las órdenes de "no se vayan, no se vayan a ir", empieza a repetir que iba a tener un hijo, que así lo quería Dios, al tiempo que se tocaba el vientre mostrando a ese "hijo imaginario". Un embarazo fugaz de dos meses, de un padre omnipotente (Dios, sacerdote, tío), de un ser al que se evoca en su facultad creadora:

> *Jazmín*: Lo que Dios manda, lo que Dios manda. ¿Me van a valorar? Para que me valoren, ¿y si tengo un bebé? ¿Qué pasa?
>
> *Sociólogo*: Hay que ponerle un nombre, primero.

Jazmín: Yo le voy a poner [...]. Una criatura. Pero no se vaya, porque Dios lo que quiera, Dios lo que pidió. Pero no se vaya a ir [...]. Dios así lo quiso, así lo quiso, conmigo. A mí me está doliendo la barriga [...]. Es una criatura y es mía [...]. Me tiene que valorar para que me lo diga [...]. Es que Dios lo quiso así. Voy a tener a cada rato niña, a cada rato [...]. Voy a tener niña y Dios así lo quiso es la verdad de Dios es la verdad. No hay quien te valore ese día.

Sociólogo: Le voy a decir al médico que te valore y que haga su trabajo.

Jazmín: No hace nada, se queda ahí, no me valora. Es una criatura. ¿A qué horas me va a valorar? Tendrán que valorarme [...]. Se van [...]. No se vaya a ir. Porque yo soy de este lado [...]. ¿Se lo va a decir? A mí me manda una criatura, señorita, no se vaya, no se vaya, no se vaya ¿a dónde se va? No se vaya porque soy Dios yo, yo soy un Dios, yo soy otro Dios [...]. Soy Dios que va a tener un hijo, voy a tener un hijo y a Dios lo que a él le mandan. No se vaya para que me valore, entonces ¡no se vaya! Entonces no se vaya. Porque soy Dios también yo, por eso, otro Dios, yo soy otro Dios, otro Dios.

Sociólogo: Otro Dios que va a tener un bebé. ¿Niño o niña? Si es niña ¿Cómo le vas a poner? ¿Cómo se va a llamar?

Jazmín: Se va a llamar Jazmín, pero me tiene que valorar para saber qué voy a tener. Dios solamente sabe lo que es, lo que le mandan, la vida de mi papá Jesús mucho más que yo, como dice la canción: *para que sufra mucho más que yo, que sufra mucho más que yo, que sufra* (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Sobre lo anterior, se sabe que en la vida de Jazmín hubo una pareja desconocida —del que se ignora su nombre—, de la que queda embarazada a los veintitrés años de edad y tiene un niño. De este hijo nada quiere saber, aparentemente no hay recuerdos, permanece escondido en su mente aunque la marca de él se lleva en el cuerpo. Su hijo real desaparece en el contexto cotidiano para regresar a partir del delirio.

Jazmín, en su delirio, sueña estar embarazada, tiene la certeza de que tendrá una niña que será como ella, por eso también se llamará Jazmín. En esta duplicidad no sólo el nombre reaparece, sino también el sufrimiento; Jazmín repite una canción de moda que dice: "para que sufra mucho más que yo, que sufra mucho más que yo, que sufra". Tal vez el canto permita el escape de una sexualidad, extraviada, interrumpida, desconocida para ella misma, tal vez sea el intento de establecer un vínculo débil, apenas insinuado, que muestra un rostro distinto. Por un instante la mirada es acorde a la sonrisa, la palabra durante el canto es la pauta que conecta:

> *Sociólogo*: Ahora vienes contenta, salúdame [...] [me da la mano y posteriormente empieza a cantar]:
>
> *Jazmín*: "La carta dice espérame, el tiempo pasará, un año más sin ti [...]" [se aleja, pero continúa cantando].
>
> *Sociólogo* [cantamos con ella]: "Volveré".
>
> *Jazmín*: "Espérame […]".
>
> *Sociólogo*: "Espérame, amor, amor, amor […]".
>
> *Jazmín*: "el tiempo pasará, un año no es un siglo y yo. Volveré, volveré, volveré […]".
>
> *Sociólogo*: "Volveré […]".
>
> *Jazmín*: "espérame amor, amor, amor. El tiempo pasará, un año no es un siglo y yo. Volveré, volveré, volveré" (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

O bien la contraparte, la lucha por la cotidianidad en el cautiverio, expresada dentro del delirio:

> *Jazmín*: Esta Ernestina ya agarró eso de pasarse, no quiero que me [...]. Ernestina se pasa todo el día […]. Es que Ernestina se pasa todo el día, es una revista, es una revista, se pasa todo el día Ernestina.
>
> *Sociólogo*: No le hagas caso; oye, ven, ¿cómo se llama ella?

Jazmín: Ernestina, a usted y a usted desde la mañana, desde la mañana a veces me da hambre sola, a mí me da hambre [...]. Esa Ernestina ya ha agarrado hasta de pasarse. Que es de este lado, que es de este lado, que es de este lado [...]. Que es de este lado, que es de este lado. Tengo ciertas horas para pasar en mi comida, apenas tengo ciertas horas para pasar. Y así se la pasa con eso. Y es de este lado, de este [...]. Se pasa Ernestina y es lo que me hace y es que se pasa y es lo que me hace se pasa, se pasa y es lo que me hace pero no se vaya, no se vaya usted, quién le dijo, usted quédese, usted quédese, vinieron los de la universidad, no se vaya [...].

Sociólogo: ¿Es cierto que te le vas a las patadas a Ernestina?

Jazmín: Esta Ernestina agarra todo el día, porque se agarra todo el día [...]. Se pasa, esta Ernestina se pasa [...]. A cruzar, porque de ahí me tengo que cruzar otra vez, ha agarrado esta Ernestina, ha agarrado de pasarse y tampoco sé, y tampoco (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

En el hospital psiquiátrico es donde Ernestina transgrede el espacio íntimo, Jazmín deja ver su resistencia con lo que sabe hacer —hablar o caminar–— marcando algunos límites a la intrusión de ella, como son: rechazarla cuando Ernestina quiere abrazarla, empujándola o golpeándola cuando ella se interpone en su camino. Ambivalencia de sus actos. Ecolalia delirante cuyo pensamiento no tiene directriz entre el amor y el odio, y entre la seducción y la transgresión, los límites no existen. Su discurso se escapa, huye y se reproduce en un movimiento perpetuo, como si estuviera dentro de una banda de Moebius; palabras que son de ella y para ella, para los otros y para el Otro: "tengo ciertas horas para la comida, yo como cuando me da hambre [...] a mí me gusta la comida [...]. Tengo ciertas horas para pasar, las horas en las que paso, ciertas horas para pasar por la comida, a una hora yo como [...]".

A decir de los médicos, en el lugar sin límite de Jazmín no hay conciencia de la enfermedad, sólo un caminar interminable y fuga de palabras, que conducen a pequeños actos, en tiempos rotos: pedacería de una historia. En su caminar recoge al paso instantes de su vida con el fin de tejerlos, enlazarlos, pero como Penélope, su esfuerzo es un fracaso que se renueva infinitamente. Viajes cor-

tos y largos que la regresan al lugar donde quedó atrapada para no ser; en sus breves descansos sus palabras maltejidas buscan infructuosamente alguna representación que le dé sentido.

Óscar: la identidad del ausente

Antecedentes

Óscar es uno de los pacientes más jóvenes que se encuentran internados en la institución psiquiátrica. Se trata de un adolescente que se caracteriza por su nobleza; es juguetón, travieso, risueño y soñador diurno. Cuando conoce a una chica, de inmediato expresa sus intenciones de amante. Sueña con casarse, con la promesa hecha a sí mismo de dejarse crecer el bigote, claro, cuando éste le salga.

En 1986 nace su hermana mayor y un año después él. Tan sólo dos años transcurrieron para que el padre los abandonara. Al poco tiempo la madre de Óscar se vuelve a casar y tiene tres hijos más. Entre Óscar y el hijo más pequeño de este segundo matrimonio de la madre hay diez años de diferencia. El padrastro de Óscar lo discriminaba tanto a él como a su hermana mayor, Gabriela. Cuando los dos hermanos empiezan a crecer, los conflictos suelen ser más intensos: Gabriela, apenas a sus doce años demanda a su padrastro por violencia y acoso sexual; sin embargo, su madre no la apoya. Un año antes ella conoce a su familia paterna, con la que hasta entonces tenía prohibido establecer relaciones de cualquier índole. Óscar, mientras tanto, comienza a desarrollar una enfermedad mental crónica, teniendo su primer internamiento durante la adolescencia en la ciudad de Cuernavaca y un mes después en el hospital de San Fernando, en la ciudad de México. Antes de eso, Óscar huía de casa y en cierto sentido gozaba con ello. Regresaba abominable, extraño, inaccesible y agresivo. Violento y lleno de dolor. Exigía dinero a su familia, en un tono imantado de codicia. Hoy rememora aquellas acciones, futuros signos médicos, como si fueran travesuras. Cuando su hermana nos platica lo que hacía, él sólo sonríe, con el gesto de a quien se le está acusando y al mismo tiempo, de quien es dichoso. En el 2004 es internado en el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen. La hermana abandona la casa materna

en el año 2005 para irse a vivir a la casa de su abuela. Un par de meses después, la madre se separa del padrastro de Óscar y Gabriela.

Óscar tiene una “novia” llamada Angélica —novia por elección unilateral, puesto que él lo decidió así—; se trata de una muchacha que le da de comer en el hospital psiquiátrico (cocinera o trabajadora). Dice que quiere ahorrar el dinero que le dan en el taller de cestería, y que no le importa cansarse tejiendo: desea comprarse un radio para así escuchar todo el día la estación “La Z”. Le encanta la música y el baile, y cuando ve a una muchacha bonita en cualquier reunión, la invita a bailar o a platicar.

La situación familiar

En los tiempos que corren de la modernidad no es raro encontrarse con familias desintegradas y devenidas en “monoparentales”. Las causas pueden ser múltiples: divorcios, abandonos, muertes, engaños, etcétera. Tampoco es raro observar que dichas familias suelen conformar una nueva vida integrándose con otras personas en situación similar. Es en el contexto de la “familia reconstruida” en donde se generan alianzas o conflictos que pueden surgir de la organización dualista; éstos son resueltos excluyendo o discriminando, en la fantasía o en la realidad, a los miembros familiares considerados como terceros indeseables. El hecho de que algunos adquieran paulatinamente el rol del excluido provoca, de manera imprevista, que el resto de la familia se mantenga unida, que entre ellos se renueven los lazos sociales, es decir, pueden estar bien entre sí, siempre y cuando haya con quien estar mal. De este marco, el siguiente caso es sólo un ejemplo.

Se puede afirmar que esta familia está dividida en dos grupos. El primero está constituido por dos hijos y el incómodo recuerdo de un marido, quien fue seducido por el mundo de las drogas y del alcohol, lo cual bastó para que no se sostuviera en el lugar del padre. Huyó de la responsabilidad de sus hijos hacia las tierras de la ensoñación y del delirio, al mismo tiempo que manifestaba el desprecio a su esposa con agresiones físicas y verbales, con indiferencia e irresponsabilidades morales y económicas. Ante tal situación de malestar y rencor, la madre le suspendió el derecho a la paternidad, apoyada por su propia familia, especialmente por su madre.

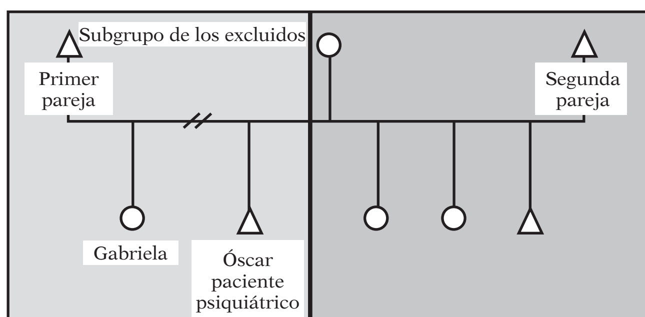
Así, los dos primogénitos crecieron con el impedimento de nombrar y recordar al padre, todo contacto con éste fue prohibido; al mismo tiempo, el padre se encontró con la dificultad de ver a sus vástagos. Aunque el progenitor siempre estuvo alejado de la dinámica y de las decisiones familiares, ello no significa que no haya estado presente, su identidad y su existencia se sostuvieron a partir de su exclusión. El hecho de estar ausente le permitió estar involucrado en el grupo, en primer lugar, porque tuvo un representante que obligaba a la memoria familiar a no olvidarlo: su hijo pequeño; "mi hermano —comenta la hija de este primer matrimonio— es el vivo retrato de mi papá, los pones juntos y son idénticos". La hermana afirma que el parecido no es sólo físico, sino también patológico, puesto que el padre, al igual que ahora el hijo, padecía convulsiones. El padre empezó a enfermar a consecuencia del exceso de drogas y alcohol: "el cemento que inhaló le afectó el cerebro, a partir de ahí empezaron las convulsiones". Por su parte, las causas de las convulsiones en Óscar se remontan desde que era muy pequeño, como consecuencia de las intensas fiebres que le afectaban. Lo curioso es que en el imaginario del grupo se ha establecido la creencia de una enfermedad hereditaria (a pesar de que se arguyen causas tan disímiles), ya que se ha insertado a padre e hijo en la misma trama de significaciones, es decir, a ambos se les coloca en la misma balanza y equivalencia, pues son enfermos que convulsionan.

Es desde su ausencia que el padre determina su presencia y cierta dinámica en el grupo; no se puede tener contacto con todo lo referente a él, la hija lo expresa así: "desde chiquitos mi mamá no dejó que se nos acercara; hasta ahora me entero que él nos buscaba, pero mi mamá y mi abuela nos escondían". De esta manera la prohibición alcanzó a todo el linaje paterno; a pesar de ello, la hija actualmente tiene contacto con algunos miembros de su familia, especialmente con los tíos, y si bien sabe que estas relaciones son un tabú impuesto por la madre, mantiene tal contacto en secreto, no habla de ello con su mamá y le dice a Óscar que tampoco lo haga, ya que de hacerlo no va a dejar que se acerque más a él, con el argumento de que lo quiere poner en su contra.

En la estructura manifiesta el padre no estuvo presente, mientras que de la estructura latente (instituyente o imaginaria) nunca se ha ido, ni siquiera cuando la madre contrajo un nuevo matrimo-

nio, procreó tres hijos más y el padre lleva cinco años de haber fallecido. El sentimiento de desprecio lo mantiene como parte de un secreto de la familia y no permite al grupo reorganizarse del todo, saldar una deuda simbólica que facilite el reconocimiento genealógico, lo que provoca la existencia de un duelo inconcluso en donde, de alguna manera, hay dos padres y un conflicto inefable.

FAMILIOGRAMA 1



"Mi hermano es el vivo retrato de mi papá". El conflicto que se produce por la organización ambivalente entre ambos grupos se resuelve exiliando del hogar a los dos representantes del padre; la hija vive con la abuela materna, la misma que apoyó la separación de la madre, mientras el hijo vive en el hospital psiquiátrico. Esto permite que el actual grupo pueda establecer una armonía parcial. Al momento en que la hija sale de la casa materna se evidencian los conflictos entre la pareja, de manera tal que a los pocos meses se separan.

Óscar, representante incómodo de un padre adicto, se ha querido quitar la vida en varias ocasiones, en otras suele ser muy agresivo; el médico sabe que esos comportamientos provienen de un sentimiento aterrador que constituyen y provocan los síntomas de su enfermedad. A causa de su rebeldía, Óscar desde sus dieciséis años se encuentra cautivo. La voluntad inefable de no existir se ha grabado con dolor en sus muñecas, de esta manera incorporó el deseo familiar: de su padrastro y de su madre. La nueva pareja de su madre lo golpeaba, lo amarraba y le administraba el terror necesario para hacerlo sentir insignificante: cuerpo humano sin alma, sin deseo y sin vida. "Óscar en gran parte está bien —indica su hermana—, pero le afectó cómo lo trató el señor que está viviendo

con mi mamá, lo golpeaba mucho". En un principio la madre apoyaba, desde su pasividad, los abusos del padrastro. Con el tiempo se instaló en el lugar de la complicidad y así se reafirmó la actitud de indiferencia y desprecio hacia sus hijos provenientes del primer matrimonio. Óscar recuerda un día que lo atropellaron cuando su mamá lo había mandado a comprar pan. La hermana señala al respecto:

> Un acta de denuncia ya no es útil, porque mi mamá apoya a su pareja, le da la razón a él. Yo, ya había levantado una cuando tenía doce años. Él amenazaba con mandarnos a un albergue, entonces mejor nos quedábamos callados. Nos pegaba. Hasta quiso abusar de mí. Yo se lo dije a mi mamá, delante de él, pero lo negó y ella le creyó, está bien no hay problema, yo sé lo que pasó. Encima de esto, mi mamá es indiferente conmigo; ahorita, me da trabajo hablarle, porque ella prefiere más a sus otros hijos que a nosotros dos. Casi no hablo con ellos, no me llevo muy bien (notas del diario de campo).

El comportamiento de Óscar

Óscar redacta la siguiente carta a su padrastro, aquel que desempeñó perversamente la función del padre:

> *Querido papá:*
>
> *Quiero que me compres un regalote. Made in…*
>
> *Yo, Óscar Sánchez Hernández.*
>
> *De mi parte, espero que estés bien, en compañía de mi mamá. Te quiero mucho para el día de tu cumpleaños.*
>
> *Feliz día de las madres.*

Como antaño Óscar exigía dinero, ahora solicita un Don. Simbólicamente requiere de un intercambio, un bien que lo constituya, o quizá un bien que le restituya su lugar con la madre, es decir, en tanto individuo con deseos propios, capaz de dar y recibir como cualquier persona.

"Yo, Óscar Sánchez Hernández". En esta frase, se expresa la necesidad de una afirmación, reafirmación de la independencia y el linaje. En tanto individuo, Óscar se siente despojado de su madre, y por ende desea que esa falta le sea restituida. Quizá por eso expresa: "de mi parte, espero que estés bien en compañía de mi mamá". Él ya no puede estar con ella. Manifiesta su cariño en ambas fechas, que son especiales para el padrastro y la madre, en donde Óscar no estará presente, puesto que tiene que permanecer encerrado; quizá por tal sacrificio solicita al padrastro un regalo.

Óscar es sensible a la encrucijada familiar y al embrollo en que este grupo se ha organizado, no se declara abiertamente en ninguno de los dos subgrupos, prefiere hacer caso omiso de la situación, ensimismarse, cambiar la plática, "hacerse el loco", delirar. Para ilustrar lo anterior, a continuación se presentan fragmentos de una entrevista:

> [La hermana de Óscar comenta que ya no vive con su mamá.]
>
> *Hermana*: Por problemas familiares con mi mamá, con su esposo; él no nos quiere, ya que no es mi papá. Me acabo de enterar que la familia de mi papá nos estaba buscando y Óscar no sabe nada. Lo quieren conocer. Pero mi mamá no quiere que se le acerquen.
>
> *Sociólogo*: ¿Y tú qué piensas, Óscar?
>
> *Óscar*: Está bien. Me gusta estar con mi hermana.
>
> [En la entrevista Óscar reconoce los golpes del padrastro.]
>
> *Óscar*: Si me pega le levanto un acta.
>
> *Hermana*: Un acta ya no sirve porque mi mamá lo apoya y le da la razón a él. Varios vieron cómo lo trataba y todo eso, no están de acuerdo en que Óscar esté así, según esto por su enfermedad.
>
> *Óscar*: Sí, me pegaba mucho.
>
> [Óscar interviene para abrazar a su hermana y decirle que la quiere mucho, ella lo abraza también.]

En otra entrevista Óscar comenta que no le pegaban, puesto que le contó a su padrastro lo que dijo su hermana en torno a la violencia y el padrastro niega los hechos y afirma que quien debería estar encerrada es su hermana.

> *Sociólogo*: Tu hermana dice que te pegan, ¿es cierto?
>
> *Óscar*: Ella inventa, inventa cosas (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

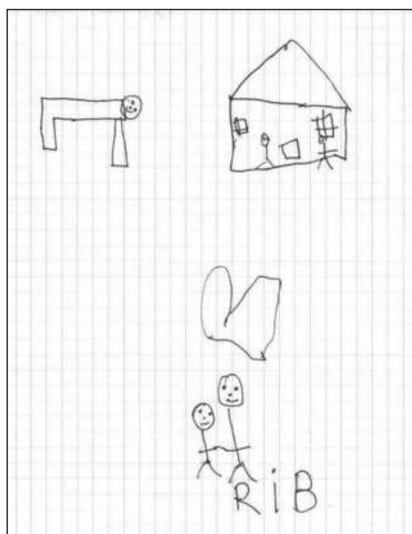
Reflexiones

La definición de los roles, que a su vez determinan la organización estructural y la dinámica de la familia, no se da sólo por la presencia de todos los componentes del sistema, pues aunque la familia funcione en apariencia armónicamente, su dinámica puede estar influida por miembros "fantasmáticos" (personas que se han ido pero que, pese a la ausencia, siguen determinando en la interacción familiar). En este sentido se puede entender que familias monoparentales funcionen, pues su dinámica bien puede implicar cierta presencia simbólica, imaginaria y emocional del pariente ausente.

En los grupos familiares que presentan una historia trágica (resultado de desintegración en cualquiera de sus niveles, divorcios, abandonos, alcoholismo, escasos lazos afectivos, etcétera), la definición de los roles se quiebra y produce un embrollo en la naturaleza de los vínculos del grupo hasta que, en el mejor de los casos, se logra superar la crisis. Sin embargo, no todas las familias logran resolver sus problemas, la crisis en tales situaciones es una constante que alimenta la dinámica familiar. Aquellas familias en donde se aparenta un equilibrio, es decir, en donde los roles resultan evidentemente manifiestos, no están exentas de algún desconcierto cotidiano, ya que su estructura latente y emocional bien puede estar determinada por un vínculo imaginario que define una relación de naturaleza cruzada en la organización familiar; esta situación puede culminar con el encierro o la exclusión de alguno de sus integrantes, con el fin de estabilizar el sistema.

El caso explica la manera en que Óscar no ha constituido su identidad; él no tiene un lugar en la familia puesto que es el resto de un

duelo inconcluso, no tiene ni siquiera un recuerdo favorable de su historia o una opinión propia, cree lo que le dicen en el momento. Circula un sentimiento de vergüenza hacia el pasado familiar, desprecio que fue depositado en Óscar no de manera manifiesta sino latente, que desorienta y devasta su psique, puesto que ni siquiera se le permite nombrarlo. Óscar nos regala un dibujo. Es su casa, con un perrito y un corazón. Su madre y su padrastro están dentro del hogar, él y su hermana están tomados de la mano fuera de ese hogar, que quiere ser unido en la fantasía de Óscar por el amor representado por este corazón. La exclusión los acerca más con el perro, quien se encuentra también en el exterior de la casa (aunque más cercano que ellos). Así, el hogar de Óscar requiere, para funcionar, del destierro de estos hermanos a los que se les niega una historia y un sentido, por los cuales se vive y se lucha en este mundo.



Gloria, el legado del padre

> Si el enfermo cree con tanta firmeza en su delirio, ello no se produce por un trastorno de su capacidad de juzgar ni se debe a lo que hay de erróneo en su delirio. Antes al contrario, en todo delirio se

> esconde un granito de verdad; hay en él algo que realmente merece creencia, y ésa es la fuente de la convicción del enfermo, que por tanto está justificada en esa medida.
>
> Sigmund Freud

Antecedentes

Gloria es una mujer de cincuenta y seis años, la mayor parte de su vida ha sido un ir y venir entre el encierro y la libertad, entre la realidad y sus alucinaciones, aunque parece ser que desde que está en el hospital se embarcó en un viaje sin regreso.

Gloria es temperamental, arrebatada, hostil; no habla mucho, cuando se acerca es frecuente escucharla decir: "te van a agarrar a balazos". Repite un mismo patrón de conducta durante los días de visita familiar. Ella sale, come, termina y vuelve al pabellón; mientras, los familiares esperan pacientemente hasta que acaba el horario de visitas, por si acaso ella decide salir de nueva cuenta. En algunas ocasiones regresa, en otras no.

Sin ninguna consideración, Gloria puede dar un golpe a la persona que esté más cercana de ella, principalmente cuando se siente molesta: a un familiar, al personal del hospital o a cualquier compañera interna. La familia justifica estos actos violentos atribuyéndolos a la enfermedad que padece.

Las primeras manifestaciones de su alteración se presentaron a los trece años de edad. Refiere su madre que antes de esa edad Gloria era una niña muy estudiosa, concluyó la primaria y, aunque estaba deseosa de continuar sus estudios, esta aspiración se vio truncada con la aparición de sus sueños extremos e imposibles. Su madre considera que la imposibilidad de continuar con los estudios que tanto anhelaba le causó un daño irreparable. Cabe destacar que debido a la economía familiar Gloria dejó de estudiar; sus padres no podían sostener los estudios de todos los hijos, por lo que la consigna fue: "deja que acabe tu hermana sus estudios y luego sigues tú". Parece que ella no ha olvidado del todo ese sacrificio; en una ocasión sorprendió a su hermana por la espalda y le jaló los cabellos gritándole al oído: "ya te perdoné, ya reacciona". Gloria es justo la hija de "en medio", es decir, es la séptima de trece hermanos. Originaria de Cañitas, Zacatecas, actualmente la

mayor parte de la familia reside en el Distrito Federal, puesto que emigraron sistemáticamente a la capital para que Gloria recibiera atención médica.

Su paso por los psiquiátricos ha sido largo, ha entrado y salido en numerosas ocasiones, a semejanza de algunos otros pacientes. Al principio se presentaban crisis de "corta duración", por lo que se lograba su recuperación sin necesidad de recurrir al hospital. En 2002, Gloria sufrió la peor de todas sus crisis, motivo por el que se encuentra internada. Es visitada y procurada por su madre y varios de sus hermanos, los cuales están al pendiente de ella, a pesar de que insiste en sus desplantes o agresiones recurrentes.

La familia de la paciente cuenta con antecedentes de este tipo de enfermedades: el hermano mayor, Sebastián, enfermó a los diecinueve años, a causa de una decepción amorosa; a decir de la madre, murió de un infarto causado por el medicamento psiquiátrico, alejado de su familia. La familia sabe que su relación con Sebastián fue distinta a la que tienen con Gloria: él terminó muriendo en la soledad. Una familia tan numerosa con dos enfermos mentales optó por el cuidado de uno, Gloria, mientras que Sebastián fue confinado al olvido. La familia se muestra preocupada e interesada en el tratamiento de Gloria. Reconocen su disposición de encargarse de ella si fuera egresada del hospital, afirma otro hermano de la paciente; cuidando en exceso a Gloria parece que buscan eximir los fantasmas de Sebastián. Ella no sólo es enferma mental, también es hipertensa y diabética, por lo que la atención familiar e institucional es mayor. El diagnóstico psiquiátrico es: esquizofrenia paranoide y demencia.

La situación familiar: del olvido a la protección, de Sebastián a Gloria

> *Hermano de Gloria*: Me cuenta Gloria que cuando mi papá logró el dictamen del servicio médico vitalicio, le entregó una copia y le dijo: mira, ten, ya hice por ti lo más que pude, guarda muy bien ese documento. Ése es un reflejo de la atención y la cercanía que mi papá tuvo siempre por ella.
>
> Notas del diario de campo

La familia de Gloria es fiel representante del modelo provinciano y patriarcal del siglo pasado: un padre encargado de proveer los bienes, una madre dedicada a las tareas del hogar y al cuidado de los hijos. El número de hijos lo determinaba Dios, así, esta familia está compuesta por trece hermanos (tres finados, al igual que el padre).

El pueblo de Cañitas se encuentra entre Fresnillo y Río Grande. A decir de la familia, la economía y la prosperidad del municipio dependía principalmente de la industria del ferrocarril. El padre laboró en Ferrocarriles Nacionales y se desempeñó como mayordomo hasta su jubilación.[62]

Gloria se desenvolvió de forma ordinaria hasta los trece años; a esa edad empezó a presentar los síntomas de la enfermedad que le aquejaría el resto de su vida. Cuando le preguntamos a la madre sobre el tipo de síntomas que se manifestaron en Gloria, los describió de esta forma:

> Ella estudió la primaria, quería seguir estudiando y hacer carrera como todos mis hijos, y como en ese tiempo no podíamos sostenerle los estudios, le decía mi esposo a Gloria: deja que acabe tu hermana y luego ya entras tú. Y ya cuando salió su hermana, mi esposo le dice a Gloria: empieza a repasar los libros para cuando hagas el examen. En cuanto agarró los libros, empezó a decir que quería ir a Marte, que quería ir a quién sabe dónde, se descontroló y así empezó. Notamos que estaba mal, y la valoró un médico general del pueblo e inmediatamente la mandó a Aguascalientes porque diagnosticó una enfermedad mental (notas del diario de campo).

Por otra parte, la hermana, tres años mayor, quien mantiene una relación estrecha con Gloria, narra así el inicio de la enfermedad:

> *Sociólogo*: ¿Cuando ella comenzó con su enfermedad, a los trece años, usted cómo lo vivió?
>
> *Hermana*: Yo tenía alrededor de dieciséis años; desde entonces siempre me negué a aceptarlo, se me ha hecho muy doloroso,

[62] Cabe señalar que el padre del actual director del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen trabajó en el hospital del Sindicato de Ferrocarrileros, por lo que conoció a la familia de Gloria y ello facilitó su posterior ingreso.

siempre, por más que a mí me expliquen lo que ustedes me quieran explicar, es muy doloroso.

Sociólogo: ¿Cuál era el clima de la familia?

Hermana: Yo con mi hermana me llevaba bien, jugábamos bien, teníamos nuestras amigas comunes. Lo que yo recuerdo desagradable, y me dolía también, es que ella, ya grande, se orinaba; entonces, se sentía rechazada porque olía a pipí. Eso lo vivía como si fuera también un asunto mío. Andábamos tan juntas jugando, que parecía que también era mi problema; me involucraba yo tanto que parecía que a mí me rechazaban, el lazo hace que sientas que sea tuyo el asunto [...] (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Estos comentarios permiten observar la fuerte identificación entre las hermanas durante el inicio de la enfermedad, el dolor las cohesiona, el repudio a Gloria es sufrido por su hermana, que contempla impotente el rechazo social sin poder cambiar la situación.

Cuando la familia observó que algo andaba mal con Gloria, su padre hizo lo necesario para que recibiera atención; primeramente, acudieron con un médico general en su pueblo, el cual les dijo "que era un problema de la cabeza, por lo que debían acudir con un psiquiatra", en consecuencia se dirigen a Aguascalientes; en esta ciudad les indican que Gloria no puede recibir atención debido a la gran cantidad de pacientes en espera, es por eso que acuden con un médico privado ubicado en León, Guanajuato; los costos de la atención y el traslado únicamente alcanzan para solventar tres meses de tratamiento. El padre, siempre empeñado en que Gloria recibiera la mejor atención posible, decide hacer una última escala, y definitiva, en el Distrito Federal, una ciudad en la que las instituciones públicas cuentan con la infraestructura adecuada para la atención psiquiátrica.

Los familiares de la paciente comentan que Gloria exige fuertemente la atención del padre, demanda que es correspondida por éste, quien se concentraba cada vez más en la atención de la enfermedad de su hija; todo ello repercute en la organización de la familia, que termina por dividirse: por un lado la estrecha relación del padre con su hija enferma, y por el otro la madre con los hijos restantes. Por disposición del padre, una vez diagnosticada como

esquizofrénica, la familia de Gloria realiza los ajustes necesarios para que ésta recibiera la atención con la frecuencia que el padecimiento requería. El padre se encargó de ella, acompañándola al Distrito Federal cuantas veces fuera necesario, mientras que la madre se hacía cargo del resto de la familia. De forma gradual pero firme, el padre consolida un vínculo estrecho con la hija enferma, sustrayéndose del resto del grupo para abocarse únicamente a ella; paralelamente y ajeno a esos dos grupos, su hermano enfermaría en la soledad.

Este hermano solitario es el mayor de todos; tuvo problemas psiquiátricos también desde su juventud. La familia dice que éste enfermó primero, cuando contaba con diecinueve años, cuatro años antes de que la hermana fuera internada por primera vez. La atención médica que recibió fue escasa y se reconoce que nadie se hizo cargo de este hermano quien, por cierto, fue el primero en emigrar al Distrito Federal, a los dieciséis años de edad, decisión que lo llevó a vivir solo. Así narra la familia el origen de la enfermedad de Sebastián:

> *Sociólogo*: Aparte de su hijo mayor, ¿algún otro de sus hijos presentaba estos síntomas?
>
> *Madre*: No. Él empezó a enfermar muy joven, bueno más joven mi hija porque ella empezó a los trece años, y él empezó como a los diecinueve. Sí, porque tenía una novia y se le acentúo la enfermedad cuando ella se casó. Él la quería mucho. Estaba esperando terminar su carrera; él estaba estudiando para Ingeniero Petrolero. Decía que quería terminar, pero no se quería casar porque no deseaba tener hijos enfermos. Pensaba que si tenía hijos podían heredar su enfermedad y como la novia se casó, él se puso más mal, se decepcionó (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Dicen que nadie enferma de amor; al parecer, en la historia de esta familia, Sebastián sí. En el transcurso de su enfermedad estuvo internado en el Instituto Nacional de Neurología y en el Hospital Fray Bernardino; de estos internamientos la familia se enteraba a distancia. ¿Cómo vivió Sebastián su enfermedad? Otro de sus hermanos, quien por cierto procura a Gloria, así lo describe:

Sociólogo: ¿Se parecía la enfermedad de Gloria a la de tu hermano Sebastián?

Hermano: No, tenían manifestaciones diferentes, lo común es que tenían la enfermedad mental; él decía que su diagnóstico era paranoia. Estuvo internado en Neurología un par de veces y una vez en el Fray Bernardino y ya. ¿Pero él empezó cuando tenía veinticuatro o veintiséis años, no? (pregunta a su madre).

Madre: Él trabajaba en la calle para conseguir sus medicinas, y como no tenía trabajo, salía a trabajar, empezaba a trabajar. Luego, le quitaban el trabajo porque no podía sostenerlo. Él decía que se tomaba las pastillas a escondidas para que no se dieran cuenta y así no le quitaran el trabajo. Murió de un infarto a los cuarenta y tres años, él vivía con sus amigos, se enojaba de todo, rentaba un cuarto, él no murió en la casa sino en una casa, ¿cómo se llama?

Hermano: En una casa de huéspedes, de ahí un compañero lo llevó a la clínica 30. De ahí me llamaron para decirme que había muerto.

Sociólogo: ¿Gloria conoció a su hermano?

Hermano: Sí, y compartieron muchas cosas. Se sabían enfermos mentales, hablaban de determinadas cosas, hablaban el mismo lenguaje, y hasta tengo la impresión de que en algún momento tomaron el mismo medicamento. De los varios medicamentos que tomaban, al menos uno era igual, entonces eso los acercaba. Gloria hacía mucho caso a las recomendaciones de mi hermano (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Cuando falleció este hermano, un amigo que compartía con él la habitación en la casa de huéspedes le avisó a la familia. Murió a consecuencia de un infarto al miocardio; la familia considera que pudo ser consecuencia de tanto medicamento que tomaba con motivo de su enfermedad mental; esto sucedió en agosto de 1985. Así, mientras Sebastián se encontró solo, viajando de Zacatecas al Distrito Federal, entre la soledad voluntaria y el abandono familiar,

muere relegado en el olvido. Por otra parte, a la familia le resulta cada vez más difícil ajustarse a las demandas de una enfermedad absorbente como la de Gloria, por ello, en cuanto concluyen sus estudios los hijos, los padres y la paciente se trasladan al Distrito Federal; la residencia definitiva en esta ciudad inicia en el año 1986.

La primera vez que estuvo internada la paciente fue en el Instituto Nacional de Neurología, posteriormente en la Clínica 10 tuvo dos o tres internamientos. Una clínica en el estado de Morelos fue la escala previa a su llegada al Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, lugar en donde actualmente reside Gloria.

Gloria se convierte en el centro de atención de un padre que desborda su cuidado en la hija; conforme avanza la enfermedad, se incrementa el compromiso autoexigido del padre. El anclaje que genera el padre con la hija y viceversa, es heredado después de su muerte, en 1989, a la familia. Así, Gloria se convirtió en el legado del padre, incluso en la posibilidad familiar para eximir las culpas por la desatención de ese otro hijo desterrado y justificar así su desinterés por él. Sebastián vivió solo su enfermedad al igual que su muerte, Gloria siempre se encuentra acompañada.

El comportamiento de Gloria: del baleado a los balazos

Los delirios de Gloria se basan en los balazos, se acerca y dice: “te van a venir a matar, te van a agarrar a balazos”. En este caso los balazos no son un delirio inventado de la nada, los balazos vienen de la realidad. De una realidad que contiene su propia violencia, la que vivimos a diario y que a Gloria le tocó vivir de cerca y la transformó en delirio:

> *Sociólogo*: ¿Ella es consciente de su enfermedad?
>
> *Hermano*: Parece que trae su propia realidad, identifica bien a las personas que conoce pero las historias que construye con cada persona y con cada lugar no tienen nada que ver con la realidad; a ella le dice mamá, a mí me dice mi nombre, cuando viene Juan le dice Juan, pero me dice: ¿sabes qué?, cuídate porque te van a llevar a la cárcel o te van a echar de balazos, a mi mamá luego la cambia porque le dice: tú eres mi abuelita y luego la cambia [...].

> *Madre*: Porque ella vio a un señor al que mataron; andaba comprando en un puesto de la calle unas medias y mataron a un señor que estaba a su lado; vio cómo lo balacearon y éste se cayó. Cuando llegó a la casa estaba muy asustada y me comentó: ¡Mataron a un hombre! Y desde entonces se le quedó mucho en la mente eso de los balazos (fragmento de entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

El acontecimiento descrito es el que conduce a la crisis más severa de Gloria, la que la llevaría al encierro definitivo. No obstante, Gloria es considerada por la familia como una persona agresiva, comenta su hermano: "un día estando en la casa, en una reunión, ella llega por detrás de un invitado y le avienta un vaso de agua en la espalda, y pues el invitado se sorprendió". Continúa: "También le prendió fuego a una cortina; dejó escapar de la jaula a los pájaros; agarraba los trastos y los aventaba, era muy difícil". Ese tipo de exabruptos son los que generan la intranquilidad de la familia y la necesidad de recurrir al internamiento como única salida. En el hospital no es muy diferente su actitud; de repente grita, cuando la visitan deja a sus familiares y regresa cuando así lo desea, hace rabietas, es intolerante y golpea. Para la familia la enfermedad mental se reduce a la dificultad de mantener la tranquilidad, y a la supervisión y el cuidado permanente de la hija.

Reflexiones sobre la atención y el cuidado

Si bien es cierto que consideramos que la esquizofrenia —desde el punto de vista sociológico— es en cierta medida un fracaso en el intento de adaptación social del sujeto, y que en este intento la familia tiene una gran responsabilidad, no siempre el enfermo es segregado. En efecto la familia de Gloria tiene la disposición para atenderla (aunque no la hubo para su hermano mayor). El hermano mayor desarrolla su enfermedad en el olvido familiar y la soledad, mientras que su hermana se desenvuelve en una desmesurada atención paternal. La enfermedad de ella posibilita la redención de las culpas, la unión familiar y mantener con vida a los muertos. Y viceversa: estos últimos estabilizan la dinámica y la organización familiar. En síntesis, la enfermedad es un singular eslabón dentro de la cadena familiar que estimula el interés de todos sus miembros

por hacerse presentes en esta situación adversa, los compromete con el pasado y los hace responsables de este encierro psiquiátrico.

Este caso no pretende explicar la participación de los vínculos afectivos en la génesis de la enfermedad, sino ilustrar la importancia de la enfermedad alrededor del grupo. Esta hija enferma no fue desterrada, antes bien es el núcleo que une y da sentido a la vida de esta familia.

Viñetas de un diario de campo

Despedida

Poco antes bromeábamos todos. El hijo es siempre un poco irreverente, irónico y bromista con el padre. Era la hora de despedirse y había que pasar el umbral que separa la zona de la visita familiar de aquella en donde se encuentran los consultorios y la sala de espera del hospital. El padre colocó la palma de la mano izquierda sobre la cabeza de su hijo, que en un principio reía un poco burlándose de ese viejo que lo visita religiosamente cada jueves. Con la otra mano lo santiguaba reiteradamente. Levantó el rostro, miró al cielo y le habló a Dios. Los dedos de su mano se tensaban conforme se prolongaban sus rezos. En esos momentos todo alrededor de ellos se detuvo. La mirada de cristal húmedo y empañada por el tiempo de los años invocaba al más allá para que el prodigio divino navegara por el cuerpo, pasara por su brazo extendido y culminara en esos dedos desesperados por llegar hasta el alma alienada de su hijo: el cielo con la tierra se juntaba en esos momentos. Quienes, como yo, mirábamos el pequeño rito, quedamos atrapados en el valor del instante. Esperábamos el milagro. Este hijo miraba cada vez más emocionado a su padre. Esa mano avejentada que posaba sobre la cabeza del hijo mostraba la fuerza capaz de surgir de la desesperación más pura y, no obstante, transmitir a su vez el amor filial. De pronto los cuerpos se desunieron. El viejo persignó el rostro de su hijo, hizo la señal de la cruz con el pulgar y el índice, que colocó en esos labios reverenciales del hijo. Un beso puso fin a la solemnidad del tiempo. Todo acabó y en su

lugar quedó el dolor. No había palabra que llenara el momento, ni despedida que valiera razón de ser. Cada quien tomó su senda: uno hacia el incomprensible mundo del afuera, el otro hacia su inefable cautiverio, ambos con la tristeza en los ojos.

El enojo de Miriam

> […] un niño chupando el pecho de su madre se ha convertido en el prototipo de cualquier relación de amor. El descubrimiento de un objeto es de hecho un redescubrimiento de él.
>
> Sigmund Freud

Cada destino tiene un frágil umbral. La madre decide dejar de darle pecho a su bebé a los seis meses. En estos tiempos modernos puede afirmarse que una decisión de esta naturaleza es adecuada. Miriam bien podrá encaminarse hacia su autonomía. Pero el gesto materno está marcado simbólicamente por otro suceso: un segundo embarazo. El corte del alimento es consecuencia de esta nueva gestación. Dice la madre que cuando nace la hermanita, Miriam, de un año, se aferraba con sus manitas a sus pechos con toda su fuerza, mientras su boca apretaba el pezón sin quererlo soltar. A nadie se le ocurrió que Miriam pudiera estar celosa de esa hermanita que venía a desplazarla rápidamente. Sus celos se convirtieron en rabia. A decir de la mamá, al salir del hospital en donde dio a luz, cuando se acercó a Miriam, ésta se pegó a su cuerpo, le apretó los senos y empezó a enrojecer cada vez más. Este apego desmedido ante el nuevo nacimiento pasó completamente desapercibido; en su lugar se creyó que Miriam estaba enferma de convulsiones. Los encefalogramas no revelaron nada anormal en el cerebro de la pequeña, sin embargo ella se mostró rebelde con los padres y dejó de comer y de dormir. Encendía la radio a mitad de la noche despertando a los padres y a esa hermanita que ahora compartía aquella recámara privilegiada. Nadie entendió la venganza de Miriam y ante la rebelión se decidió internarla. La relación entre este nacimiento y su nuevo comportamiento, a más de cien años del nacimiento del psicoanálisis, a nadie debiera sorprender y, no obstante, lo increíble fue que a nadie se le ocurrió. La madre dice que antes de que

naciera su hermana, ella era "muy normalita". El padre sólo se refiere a la penetrante mirada de Miriam como algo maligno. Hoy Miriam tiene un diagnóstico de retraso mental y la visitan sus padres cada semana en el sanatorio donde está internada. Se ha vuelto niña para siempre y los costos los pagan todos. Hay malestar y enojo familiar por encima de las buenas maneras. Una hermana desinteresada que no la visita, un padre quejumbroso por los costos y esfuerzos que los desplazamientos hacia el sanatorio generan, una madre que prefiere a una hija encerrada antes que ver rotos sus enseres domésticos, y Miriam, que ha perdido su autonomía para ser siempre la niña de sus papás, la niña agresiva.

El que no escucha, no ve, pero cómo grita

> *Paciente*: Es que es la idea de mi cabeza, ¿verdad?, de mi cerebro; ya me cayó gordo, llevo diez años de vivir aquí, nada más en este lugar [...].
>
> Notas del diario de campo

Jesús siempre tenía puesta una sudadera con gorra, era Chucho, el de la cachucha. Era uno de los internos que parecían estar más enfermos o con la enfermedad más crónica. Delgado, de estatura media, de edad difícil de calcular, con el ceño fruncido. Nunca hablaba, no miraba, sólo permanecía sentado en el mismo lugar; de pronto gritaba, alzaba la mirada y se callaba de nuevo, su comportamiento era sumamente extraño, similar al de un animal, nunca lo escuché hablar, tampoco lo observé caminar de forma erguida o comer adecuadamente. En algunas ocasiones me acerqué a los familiares que lo visitaban con el fin de saber cuál era su padecimiento; quienes lo acompañaban eran sus hermanos; de las cuatro veces que conversé con ellos nunca me dijeron mucho, sólo sabían que desde que recuerdan era así. Ninguno sabía con certeza las causas o el diagnóstico de su padecimiento e indicaban que la hermana mayor era la que más conocía.

Los hermanos afirmaban que, una vez que Chucho come, desea regresar al pabellón. Sólo comía y se retiraba. En una ocasión, uno de los hermanos, le estaba dando de comer un coctel de frutas en la boca; el paciente tenía derramado sobre el *pants*, coco, gra-

nola, avena y pequeños pedazos de fruta que se le caían mientras comía; masticaba con la boca abierta. A lo largo de las entrevistas el paciente se golpeaba la cabeza con la mano extendida, a la altura de la oreja; de pronto gritaba a un volumen muy alto; no eran palabras, sólo alaridos. Se paraba frente a mí y gritaba, movía los brazos; algunas veces pensé que me golpearía, por lo que sentía miedo, me aterraba acercarme; los hermanos lo detenían, diciéndole: "siéntate, Chucho". Lo tomaban del brazo, lo tranquilizaban y él se sentaba. Lo sujetaban de la capucha, él se la quitaba y se calmaba. Momentos después se la volvía a poner. Así, el ritual se repetía de forma idéntica: Chucho se golpeaba la cabeza, se alteraba y emitía fuertes alaridos, le quitaban la capucha y se tranquilizaba. La entrevista proseguía, el paciente otra vez se agitaba, etcétera. Cada vez que él hacía eso, yo sentía más miedo, estaba seguro de que me golpearía, sin embargo, nunca lo hizo.

En una de las pláticas con los hermanos les pregunté qué les parecía la atención en el hospital psiquiátrico y cómo veían al paciente. Uno de ellos contestó: Chucho ya no tiene cura, no está aquí para mejorarse, está aquí para que lo cuiden, aquí va a pasar toda su vida, pues cada vez está peor. Dicen los doctores que así son estas cosas de la cabeza. Que es como si ya estuviera desahuciado, pero no de una enfermedad, sino de la cabeza.

La prima y el primo

Se encontraban, alrededor de una mesa, una señora de aproximadamente cincuenta años, morena clara, con un poco de sobrepeso; vestía blusa negra, tenía el cabello medio teñido, a la altura de los hombros, sin maquillaje, aretes de oro, un reloj plateado; su expresión era de cansancio, con muchas arrugas en la cara, la mirada triste; sobre la mesa había una bolsa de las que se suelen obsequiar en los comercios, de color rojo. Frente a ella, al otro lado de la mesa, sentado, está un hombre como de sesenta años, vestía un *pants* color gris, con tenis y suéter color negro; debajo de éste lleva una camisa color verde botella. El poco cabello que aún tiene es blanco y contrasta con su tez morena. Fumando el resto de lo que quedaba de un cigarro de la marca *Delicados*, no parecía importarle quemarse las yemas de los dedos. Viendo esto le ofrecí un ciga-

rro, a lo que me respondió: ¿qué no ve que estoy fumando? ¿Usted fuma dos al mismo tiempo?

La señora era prima del paciente y se hacía cargo de él. Antes su madre (la tía) era la que lo cuidaba, debido a que el interno era huérfano, y al darse cuenta de su enfermedad lo había abandonado su esposa. La prima no conocía el diagnóstico; cuando se lo pregunté respondió: locura. Y añadió: ¿a poco no se ve que está loquito? No sé si tenga una enfermedad científica, pero está malito. La razón por la cual había sido internado tampoco la sabía, ella únicamente se encargaba de las visitas, para que no le regresaran al paciente. Como la tía ya no estaba en condiciones físicas de cuidar al sobrino y la condición para que sea cuidado es visitarlo una vez a la semana, entonces la prima se justifica: "aunque sea vengo un ratito".

Mientras ella platicaba sobre la condición de su primo, éste, susurraba palabras. Era difícil escucharlo, tenía que acercarme; no obstante la prima seguía hablando y él también. De pronto me dijo: ¿Quiere saber si estoy bien, y que no estoy loco? Pregúntele a mi prima el cumpleaños de mis papás. Ella se rió. Pregunté y ella respondió: no lo sé. Entonces él me dijo las fechas, se estableció así una pequeña disputa que en el fondo ilustraba la dificultad para establecer los límites entre la cordura y la locura. Así entre la respuesta del primo "loco", ella replicó: es lo único que sabe. Y dirigiéndose a mi persona él refutó: ¿qué es lo más importante para usted? ¿A poco no son sus papás? Y añadió: si los olvido, entonces sí me vuelvo loco. ¿Para qué quiero saber más? Alzó la mirada y volvió a interrogar: ¿dígame usted a cuántos metros está el sol de donde estoy sentado? Luego bajó la mirada, observó a una hormiga y señalándola preguntó: ¿a cuántos centímetros está esa hormiga? Respondí: no lo sé. Volteó a ver a su prima y le dijo: ¿tú sabes? Ella sólo se rió. Él continuó interrogándome: doctor, ¿a poco todos los que no sabemos algo estamos locos y necesitamos estar encerrados? Porque si es así, aquí no cabemos. Bajó la mirada y siguió el andar de la hormiga.

Y me platica, me dice que vino de otro mundo, de Venus, en un aeroplano; no, corrige: lo trajo una nave interespacial que ha recorrido quinientos cincuenta universos, que están "limpiando todo". Él habla otro idioma extraño, murmura de prisa y comenta que no quisiera ser de este mundo, prefiere ser de otro lugar, pues éste ya

no le gusta. Me cuenta de su enfermedad, es esquizofrénico, pero añade que ya está bien, que ya no tiene por qué estar aquí; habla en voz muy baja hasta desaparecer el sonido de las palabras.

Sus padres muertos están ahí. Su padre se encuentra también en el pabellón de hombres, aunque no sale porque no le gusta hablar, es muy tímido. Lo trajo con él desde que murió, para que lo acompañe. Sabe que anda por ahí, su mamá está atrás de una puerta, me la señala, me dice: ahí está, ya no está. Él la regresó del más allá. Evoca a los padres, los trae, no importa donde se encuentren. Lee el envase de refresco: la marca, las frases, quisiera que yo validara sus conocimientos, que sabe mucho, que es inteligente y lo es, lo creo, me platica del IVA, que es un impuesto del gobierno que eleva el costo de los productos, que le va al Toluca por el jugador Cardozo, me dice que es el mejor. Yo le voy a los Pumas, pero no puedo negarlo: Cardozo es el mejor.

Le pregunto si le gusta dibujar, me responde que sí; le doy una hoja, me dice que se la parta por la mitad; le pregunto de qué color quiere la pluma, me dice que azul. Acerco la pluma, me dice que es muy bueno haciéndolo, le pregunto qué dibujará, me responde: "a mi novia". Comienza por la cabeza, sonríe, parece que la está viendo; le agrada, no deja de mirarla, sí, es ella, la está viendo, me dice que es su cara señalándomela, ese otro trazo es el bolso; sigue dibujando, no para de sonreír, por fin está encontrando a quien



quería, no importa si es en una hoja de papel, lo importante es que es ella, que por fin la ve; dibuja con detalle, con gusto, la mira una y otra vez; me la muestra. Le digo que está muy bonita, él afirma, escribe su nombre sobre el dibujo, se lo leo, le pone nombre y apellido para estar seguro de que es ella, sí, en efecto es Guadalupe Mora Morales. Me regala el dibujo.

Menciona que ya no puede dibujar más, que le duele el brazo. Después de dibujar a su novia, ¿qué más podría dibujar? No hay más. Transcurrió la entrevista, la señora observó el reloj, eran las doce, dijo que tenía que llegar a casa, descansar un momento, darle de comer a su mamá e irse a trabajar; nos despedimos. En tono irónico me dijo: "si quiere quédese con él, ya ve que sabe mucho".

La prostituta lo enfermó

Caminando por el área de visitas, buscando alguna familia a la cual acercarme, de pronto observé a un paciente: vestía *pants* color gris, sudadera con capucha (la cual tenía puesta), tenis azules (que se usan para fútbol rápido), cabello corto, estatura 1.80 y de aproximadamente cuarenta años de edad. Se encontraba acostado sobre las piernas de su madre, mientras que del otro lado de la mesa estaba el padre.

Nos aproximamos mi compañero y yo. Preguntamos al señor si nos permitía un momento para realizarle algunas preguntas. Se recorrió de la banca y nos invitó a sentarnos. La primer pregunta que hizo mi compañero fue si el paciente usó alguna vez drogas. Consideré que fue muy directa, sin embargo la pareja no tuvo ningún inconveniente en responder que precisamente la razón de la enfermedad del paciente fue su adicción a los inhalantes. Comentaron que el paciente es el segundo entre sus hermanos, que era un buen hijo y buen estudiante, puesto que participó en la escolta cuando iba en sexto año de la escuela primaria; le gustaba el alpinismo y escaló varias veces el Popocatépetl y el Iztaccíhuatl. Decía la madre que estudió en el Conalep. Comentaban los padres que siempre han habitado en colonias populares, en ambientes nocivos, los cuales fueron propicios para su adicción a las drogas. El padre decía que su hijo estaba casado con una joven poco romántica; por su parte la madre la califica irónicamente de "moderna", puesto

que su nuera utiliza frases como: “vamos a una fiesta güey” y “qué transa”. La esposa del paciente, cansada de la adicción de éste, lo abandona.

Refiere la madre que la pareja de su hijo le mencionaba que éste se comportaba de manera extraña, que sacaba la lengua, que se ausentaba por largos periodos, que estaba “ido”. Menciona el padre que en el momento en el cual deciden acudir con el psiquiatra es cuando su hijo llega un día a casa arrastrando a un perro muerto, putrefacto, mosqueado, convencido de que el animal estaba vivo. A partir de ese momento empieza su camino a lo largo de los hospitales psiquiátricos; el primero fue el hospital Fray Bernardino Álvarez; posteriormente, al contar con el Seguro Social, empieza su recorrido por hospitales de esta institución, hasta llegar al Sanatorio Psiquiátrico del Carmen.

Durante la plática con el padre, su esposa no pierde la oportunidad de hacer algunos comentarios. En una de las intervenciones del padre ella añade: que una vez casado se metió con una prostituta y ella lo enfermó. A partir de ese hecho, continúa diciendo, él siempre menciona que enfermó de sífilis a una mujer embarazada.

Cuando recorremos el hospital psiquiátrico este paciente se acerca a nosotros y en voz baja dice: “yo enfermé de sífilis a una mujer embarazada”. Su madre termina confesando que esa mujer es su esposa. El padre cree que después de haber estado con la prostituta, su hijo se acostó con su esposa y la contagió de alguna enfermedad. La madre le ha preguntado a ella si alguna vez su hijo la contagió de alguna enfermedad venérea y ella respondió negativamente, por lo que los padres creen que su hijo tuvo otra pareja que ellos no conocen.

Recientemente, este paciente cumplió un año de hospitalización. Es de los internos que menos tiempo llevan dentro de la institución (considerando que este sanatorio cuenta con pacientes que tienen más de veinte años internados). La madre indica que con frecuencia lo daban de alta, sin embargo, cuando salía de visita al hogar durante los fines de semana, se la pasaba bebiendo: “por eso yo no lo quiero afuera”. Así, dice, descansa con su confinamiento. Asegura que él también está mejor, aunque el hijo, con la cabeza, diga lo contrario. El padre, cómplice de su mujer, apoya la exclusión del hijo asumiendo que lo podrían golpear en la calle, por lo que ahí está mejor. La madre concluye: “ojalá que me lo tengan aquí toda la vida, como a otros pacientes”.

Locura y terror

> *Paciente*: Sí doctor, ándele, gracias, ya le dije ésta, de lo de ésta, pero no le tenga tanta confianza porque no es buena, es el puro Diablo, es el pingo [se refiere a otra paciente que platica conmigo]. Dele la vuelta, no platique con ella, yo a usted le digo la verdad, deveras, no platique con ella porque es Lucifer. ¿O usted también es Lucifer?
>
> Notas del diario de campo

Desde el primer día que veo a Diego me inquieto. Diego esconde la cabeza debajo de su suéter y camina incansablemente por el patio. Recorre óvalos imaginarios, así, escondiendo su rostro en aquel caparazón de tejido blando. Dice la madre que en varias ocasiones ya se ha caído porque no ve bien.

Cuando él era niño su padre lo golpeaba. Le hacía levantarse en la madrugada para que le quitara las agujetas a sus zapatos. Y de día le ordenaba traer el alcohol que se tomaba hasta emborracharse. Ese padre de horda dormía con él y sus hermanos. La madre quiere creer que fueron noches tranquilas. Diego vivió el caos y esta situación lo sobrepasó. Le pedía a la madre que no se fuera a trabajar y los dejara solos con el padre. Su lenguaje no pudo significar un mundo que sistemáticamente volaba en pedazos.

Un día, Diego se supo fuerte y golpeó al padre. El padre se supo débil y vivía amedrentado. Como dice la madre: "se lo traía de encargo". Este hijo ahora reclamaba el dinero que su padre se bebió, dinero fruto de años de trabajo de la madre. Ese dinero que significó la ausencia de la madre y el maltrato de un padre alcohólico. Los golpes dirigidos hacia el padre tal vez demandaban un imposible: alguien que lo sostuviera, un lugar desde donde el universo adquiriera sentido. Pero si bien, el gesto agresivo no es irrelevante, es tardío. Los golpes no pudieron acomodar las piezas de este rompecabezas. Los significantes no enlazaron, quedaron en eterno movimiento browniano. Diego es un adolescente que arremete en contra de las mujeres, que golpea a las personas y destruye las cosas. En este tiempo el padre enferma y muere. Diego recibe la noticia de su madre con rostro inmutable, pocos días después se esconde en los rincones de la casa. El padre muerto ha regresado. Y como todo

muerto sin exequias, su regreso es maldito. La sombra omnipresente del padre se posa sobre Diego; él no puede encararlo, busca un nicho donde protegerse. Esconde su rostro ante ese Otro terrorífico que le pide cuentas…

Estoy frente a ellos, madre e hijo. El hospital y el psicofármaco han tranquilizado a Diego: éste no agrede más. Encapsulado en su suéter, come escondido los alimentos que la madre le da. Ella pregunta varias veces: ¿por qué será así? La culpa lacera su alma. Repite, se repite a sí misma, que tenía que trabajar o de lo contrario sus hijos no hubieran comido. Lo repite convenciéndose del camino tomado. Lo repite como queriendo retroceder en el tiempo…

Diego no habla más. Vive escondido. No quiere regresar a su casa ni salir a la calle. El hospital le brindó tardíamente lo que el hogar no supo darle: seguridad. Diego se blindó para siempre. Vive su mundo y no permite a nadie ingresar a él. Hablo con él, lo llamo por su nombre y le doy un dulce mientras come. Le digo que lo guarde y lo coma después. Lo agarra y lo devora. Sólo escucho el sonido de su boca al mascar. Su suéter pegado al rostro le hace parecer un maniquí, un personaje de película de ficción, un experimento fallido…

Mirada materna

> *Madre de paciente*: Una madre, yo pienso, cubre a su hijo, a lo más hermoso de su vida, que es su hijo [...]. Platicamos él y yo, él me llena [...] nunca dejé de separarme de él.
>
> Notas del diario de campo

Un aspecto serio, adusto, de hombre maduro. Cualquiera pensaría que es el padre o el esposo. Los surcos que trazan el rostro afilado contrastan con la lozanía de la madre. Un día la saludé y el hijo se interpuso, enojado, exigiéndome que no me aproximara porque ella, su madre, era suya. Y repetía: "*my mother is mine*", para que me quedara claro.

Circulaba una historia que afirmaba que, con el fin de salvar a la humanidad, se había arrojado desde el Castillo de Chapultepec con la Biblia en la mano. Alguna vez unos gritos me hicieron vol-

tear y observé de espaldas a un hombre hincado con los brazos abiertos; era él, el niño héroe salvador del mundo que rezaba al Omnipotente. Cada plegaria la acompañaba con golpes en su cara. Un cuadro de queja, lamento y clamor quedó grabado en mi memoria. Para enfermeras y médicos era otra "intercurrencia" más que había que contener, para después religiosamente registrar. Y esta madre nutricia calma el instante colmando de alimento al crucificado.

A la hora de la despedida, el vástago se coloca entre los pechos de la madre en abrazo dulce y calmo: escucha el suave andar del corazón, melodía de antaño conocida. Madre e hijo beben de la misma fuente de angustia. Seno materno y eterno se encuentran. Luego, sale de los brazos de ella para entrar al pabellón. La madre comenta que su hijo piensa que los demás internos quieren abusar sexualmente de él, ya que le hacen "ojitos". La madre sonríe y reitera: "dice que los compañeros le hacen 'ojitos', 'ojitos de mujer' parecidos a los míos [...]".

Siempre niños

> *Madre*: Tiene la máscara del hombre araña y quería la de Supermán, pero le digo: ya estás grandote y viejo.
>
> *Hijo* [paciente]: De androide, de androide.
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

Esperan la hora de la visita familiar. Ningún paciente puede ingresar en este patio que es exclusivo para el día de visitas. Cuando llega algún integrante de la familia, se abre la puerta y se le grita al paciente. Uno de ellos corre eufórico hacia su madre. La euforia siempre es cuando llega la madre sola, no así cuando llega acompañada. Grita emocionado: "mami, mami, estoy loquito, estoy loquito". Ella sonríe y responde al abrazo con menos emoción, juntos van a compartir el alimento a una de las mesas destinadas para las reuniones. Me encuentro sentado en una banca junto a Agustín, uno de los trabajadores de cuidado y custodia. Esa banca cuida el acceso entre el patio general y este espacio destinado a las visitas.

Intercede una puerta que, durante las horas de visita, no siempre está cerrada con el "pasador" metálico, lo que facilita que los pacientes se asomen constantemente o quieran pasar a unos sanitarios que se encuentran en otro espacio, junto a la enfermería. Los días de visita familiar, este punto se convierte en un foco de interacción.

Otra madre llega a visitar a su hijo. Llega bien arreglada y también trae alimentos. Su hijo, un muchacho de unos veinticinco años que físicamente se nota fuerte. La madre espera el encuentro de su hijo, que sale inmediatamente y la acompaña hacia la mesa y las bancas donde tomarán su alimento. En el pequeño trayecto (no más de veinte pasos) la madre saca un juguete de su bolso, es un helicóptero que tiene un carrete de hilo que, al tirar de él, levanta el vuelo. Él lo toma contento y voltea a vernos apenado, mientras su madre sonríe [...].

La locura y la muerte

Lázaro pedía tres cigarros. No uno, no dos, quería tres a la vez. Gritaba a los visitantes, a Rocío que es la hija del director del hospital, a todos. Alguien le ofrece un cigarro y se retira. Lázaro lo enciende y empieza a fumar. Grita y señala con el anular y el índice: le faltan dos. Lázaro sonríe a todos, se coloca a espaldas del trabajador de custodia y de Rocío para romper ruidosamente un vaso de plástico. Corre satisfecho de su broma. Sus ojos rasgados como de máscara japonesa adquieren vivacidad y picardía. Dos semanas después veo a Lázaro preguntando por su madre. Está sentado en la entrada del patio de visitas. Llora al tiempo que pregunta. Es un hombre roto, desvalido; huérfano de compañía, de palabras. Me impacta su llanto de niño pequeño. Un llanto profundo. No sé si pretende salir o es un llanto que quiere sumergirse en su cuerpo. Lágrimas de tristeza que surgen de una interrogante por la madre y una respuesta que sabe a muerte: métete, cuando venga tu madre te hablamos [...].

Duda

Se asoma un paciente hacia el área de visita familiar. Pregunta por su madre. Es día de visita y son las doce, hora de su llegada habi-

tual. Conciencia clara del tiempo. Y mientras más clara es esta conciencia, más tormentosa se vuelve la existencia. Para todos, no sólo para este paciente. Pero él está en el hospital y espera a su madre. Otros son los fantasmas que lo habitan. Se asoma y pregunta. La enfermera le responde que no ha llegado, pero que cuando ésta llegue le hablarán. Se cierra la puerta. Segundos después vuelve a abrirse y hace esta otra pregunta: ¿ya se murió?

Deseo

Platico con el padre de Lupita. Un hombre de unos setenta años. Amable, de aspecto campirano. Con gruesos cristales en sus anteojos. Lupita come una paleta de dulce que le regalé momentos antes. Come lentamente, su tiempo es el de Gregorio Samsa en *La metamorfosis*. Se saca el dulce de la boca y lo observa. Saliva y disfruta. Por lapsos sonríe y pregunta por su hermano. Su padre le responde que se quedó en casa. Momentos después pregunta si ya se murió. Le respondo que no, que su hermano se quedó en casa para ayudar. Sonríe otra vez. Luego me interroga si su padre está muerto. Le respondo que estoy platicando con él, que eso no puede ser. Vuelve a sonreír ante la mirada angustiosa de ese viejo que la hija acaba de matar. Después, en la soledad me cuestiono y dudo. La muerte vive en Lupita y no sabemos cómo interpelarla. Se burla y baila —la muerte— enfrente de todos nosotros, enfrente de los sociólogos y los antropólogos, y por supuesto de los médicos y los psicólogos [...].

La muerte de oro

> Hay que ser, por lo menos superficialmente, más cordial y menos distante para ocuparse de las psicosis.
>
> Paul Roazen

El llanto, el medicamento, la rapidez del discurso que hace que algunas de las palabras se apaguen entre el fluir de las otras; expone sus ideas entrecortadas, y sus frases colisionan entre ellas en pleito perpetuo. Todo ello hace casi imposible entender la angustia de

Javier. Horas de escucha me permite intuir algo de su terror, de esa maldición que habita entre los dormitorios y el desván en donde se guarda la ropa del sanatorio psiquiátrico. En ese espacio habita un diablo chaparro, delgado, al que se le ven los huesos. En ese lugar anida un monstruo que le quiere hacer daño y ahí también baila la muerte que trae colgando una mujer llamada Socorro: es una muerte de oro. No es fácil contrarrestar las ideas de peligro fantástico con otras de tipo religioso. Alguna vez le dije a Javier que podía ir a la Capillita de la Virgen del Carmen construida en el área de visita familiar, que fuera a rezar para que lo deje en paz el demonio o ese cráneo quemado que lo persigue. Ahora me dice que no quiere ir a la iglesia porque le puede pasar un accidente: "como le pasó el accidente al muchacho que iba en el carro con su mamá […] que chocaron […] se cayó el muchacho así, su mamá también […]". Madre e hijo caen y mueren juntos. Javier, en su delirio de daño, ingresa intempestivamente a la madre. En ese mismo lugar en donde lo maligno se desarrolla aparece la madre que quiere hablarle: "me está haciendo mucho daño, se llama Socorro, trae una muerte aquí de oro y me está haciendo mucho daño y me está haciendo puras brujerías y brujerías y hasta siento aquí a mi mamá, que me va a hablar aquí […]". No sé si el nombre de esa mujer, Socorro, es un grito desesperado de Javier a esa matrona que lo somete.

Un día de visita familiar, llegó la madre de Javier. Antes de sentarse a comer con ella, visiblemente incómodo, me interpela diciendo que en esos momentos tenía malos pensamientos que lo acosaban, que se le cruzaban por la cabeza, que le mentaba la madre al Padre Nuestro y me interrogaba desesperado por las causas. Javier también se obsesiona con sus ojos y afirma que están mal: inflamados, irritados. Algo los mueve dentro de ellos, "yo mismo me siento que me estoy moviendo el ojo y no me quiere ver nadie [...] que hay un monstruo […]". Los médicos psiquiatras empiezan a inquietarse con este delirio que puede llevar a Javier a mutilarse y afirman resignados que "por más que se le atiende no entiende, él insiste en que tiene un problema en el ojo izquierdo".

El mal de ojo, la madre/bruja, la castración en lo real/siniestro de ese cuerpo que se siente aprehendido al de su madre. Juntos, la madre y el muchacho, viajan en el mismo automóvil rumbo al abismo, al encuentro con esa muerte refulgente, que baila y deja ver de vez en vez su rostro incinerado […].

Daniel y las voces

El rostro esquivo impide el encuentro con la mirada del otro. Sus ojos son como los de un escualo que apuntan de un lado a otro, como si alguna presa repentinamente pudiera aparecer. Sobre las micas translúcidas de la puerta del pabellón lo veo, de vez en vez, golpear con la cabeza en llamado desesperado o aplastar su rostro, ya de por sí desfigurado por la locura, como queriendo encontrar entre colores, el juguete de antaño. En ese momento un trabajador de cuidado y custodia lo toma con las dos manos firmemente de la cabeza y lo retira. Diagnóstico: retraso mental profundo. Me desplazo en el hospital y lo observo algunas veces gritar con fuerza hacia el vacío, como esperando de ahí la respuesta. El lenguaje parece extraviado y la comunicación infructuosa. ¿Será que reproduce el encanto de las voces internas? ¿La posibilidad de otorgar una existencia real a aquello que se insiste es parte de la enfermedad mental? El hecho es que la pequeña grabadora fascina entre algunos pacientes. La enciendo y pregunto: ¿qué quieres decir? En su hablar atrabancado y rápido, José plasma sus sentimientos mortíferos, Óscar envía mensajes de amor a sus entrevistadoras y canta para ellas, Jesús reclama su hartazgo de estar encerrado. Reproducir las palabras se convierte en un juego divertido que culmina en la escucha atenta de esa voz, que regresa con un tono extraño, como si no fuera parte de uno mismo. Cada vez que repetimos la experiencia se abre un instante de suspenso, que inicia en el momento de presionar el botón; entonces las palabras fluyen: encuentro que rompe el silencio y que hace brotar de forma espontánea y al unísono, las risas de todos. Daniel no habla, sólo grita. Su rostro es como una máscara que no expresa inquietudes, pero mantiene su fuerza gestual cuando abre su boca para gritarle al viento, para desgarrar el horizonte en busca de una respuesta. Sus pequeños ojos sin brillo oscilan lentamente de un extremo a otro, evitando cualquier otra mirada. Daniel se acerca y extiende un periódico que me obliga a sostener con las palmas de las manos hacia arriba, para después golpearlo con fuerza. Doy vuelta a las páginas para distraerlo, para amortiguar el dolor, para entender un poco. Por momentos él contempla las imágenes, como si en ellas se encontrara el misterio del mundo. Curioso, Daniel pronto se da cuenta de que llevo en la mano la pequeña grabadora. Insiste en quitármela.

Me la cambio de mano y su mirada apunta al bolsillo de mi camisa, toca mis plumas, observa la mano izquierda, la sostiene mientras busca en la mano derecha. Le explico para qué sirve y le digo a Óscar que cante una canción para que Daniel la escuche. Reproduzco el canto y Daniel sonríe, observa el aparatito e inclina la cabeza para un lado, luego para el otro, como esos cachorritos dóciles que están dispuestos a jugar con algo nuevo. Apunta su atención al minúsculo cronómetro digital que señala la cuenta regresiva de la grabación, que sigue su marcha. Innumerables veces repetimos la operación; Daniel toma nuevamente mi brazo con fuerza para que aquella cajita metálica deje en libertad las misteriosas voces. Así, caminamos juntos de un rincón a otro del pabellón en forcejeo vivaz hasta la hora de la despedida. No valió de mucho mi promesa de regresar, sólo la intervención de un vigilante logró separarnos. Cualquier hecho forzado muestra la incapacidad e impotencia de la palabra, y el consiguiente malestar. Daniel disfrutaba de esos fantasmas atrapados por la magia de la tecnología que dejaban sentir el eco de su presencia. Tal vez para convencerse de la realidad de un mundo que niega su existencia y con ello restarle un poco de seriedad a la medicina.

Un año después regresé al hospital. Al ingresar al pabellón de hombres saludé caras conocidas, que respondieron con el gusto y la calma de quien viera al amigo apenas el día anterior. Entonces sentí su mirada que apuntaba a mi cuaderno de notas, mismo que quiso obtener. Como era imposible convencerlo, y mi miedo de perder la información era más grande, arranqué una hoja de papel y prometí hacerle un barquito. Mientras doblaba mecánicamente el papel, sus ojos miraban atentos cada movimiento como refrescando su memoria infantil. Una vez en sus manos la tranquilidad regresó y yo continué recorriendo el pabellón hasta la hora de la salida. Fui el último en egresar del área de visita; alumnos y trabajadores me buscaban porque la hora de abandonar el hospital se había rebasado. El umbral que divide la salida, tiene una puerta de metal, misma que se encontraba abierta; afuera, sentado con su barco de papel entre las manos, él. Un doctor dijo bromeando que podíamos intercambiar personas, puesto que yo continuaba adentro. Lo observé mientras lo obligaban nuevamente a ingresar al pabellón. De regreso a casa comprendí que él me esperaba, tal vez sólo para agradecerme con su sola presencia. Un año había pasado

del encuentro con la grabadora y ahora se establecía este segundo contacto que la fuerza de la memoria lograba. Mis emociones surgían con la fuerza que tiene el insondable mundo del inconsciente.

Pensamiento mágico y locura

> *Sociólogo*: ¿El medicamento controla la actitud?
>
> *Doctor*: La actitud y el pensamiento, te quita lo psicótico y por lo tanto la conducta. Y limita las alucinaciones, no las apaga, pero permite la no distracción. Escuchan alucinaciones, te dicen que el niño Dios les ordena, cuando yo les digo que no le hagan caso, me contestan que mejor no me hacen caso a mí [...].
>
> *Sociólogo*: Pues del niño Dios a usted… [risas].
>
> *Doctor*: Tiene razón [...].
>
> Fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico

Desde hace una semana que casi no habla. No es para menos, las palabras bien pueden provocar estragos en el clima. La gramática de la vida es mágica: cura o lastima y ella evoca a las fuerzas del universo. A veces no son simples representaciones o figuraciones propias de una imaginación inquieta. Mi presencia la pone a prueba ante los hijos de Dios quienes le impusieron el tabú del silencio. Y Mariana trata de llevar esos votos decorosamente. Nunca ha sido fácil para los seres humanos cambiar las leyes divinas. Se requiere disciplina y sacrificio corporal. Los rituales y tabúes dan cuenta de ello: mujeres que no deben mirar los instrumentos de caza, lugares y objetos que tienen que ser resguardados, cantos, magias y danzas que se transmiten sólo a los elegidos, alimentos prohibidos… Mariana afirma que si habla como perico entonces las cosechas de maíz y habas no resultarán. Las milpas no crecerán porque sus palabras ahuyentarán a las lluvias. Veo el piso mojado del aguacero que un día antes cayó. Pero mi dimensión profana no logra acceder al mundo de Mariana, quien me comenta que fueron los hijos de Dios los que le ordenaron que callara: "así que no me per-

turbe, por favor", me solicita. Me despido y camino por el patio. Estoy sentado observando la cotidianidad de esas mujeres en el sanatorio cuando veo caminar a Mariana, me mira fijamente y yo coloco mi dedo índice en los labios en señal de silencio. Sonríe conmigo haciéndome su cómplice. Yo también siento que comparto un secreto importante con ella. Probablemente haya buena siembra este año.

Tongolele

Hoy una mujer anciana quería bailar y decía que ella era Tongolele. En un principio sólo insistía en que la viéramos bailar. Estaba con las enfermeras y me contuve: le manifesté que después lo hiciera. No sé por qué me negué. Desconozco si en esos momentos me pesó la bata blanca que llevaba puesta mimetizándome con la estructura del poder o me atemoricé por las enfermeras, que éstas me hubieran reconvenido. Total, una mujer en estado normal no tiene por qué querer bailar en público y sin música, mucho menos si es una anciana y apenas puede caminar. Pero ella sólo quería que la viéramos bailar y así entrar en el gusto y querencia de los otros. Esos otros que la alimentan y la cuidan, pero que no la abrazan ni la miman. "Amor veme", repetía.

La noche anterior decidió ser la bailarina "Tongolele". Tal vez con su nueva identidad le lleven los jugos, su pastel y un poco de dinero para que compre su coca cola. O logre que su hija la visite más seguido, no se sabe. Me pregunta cuándo viene el muchacho guapo que le gusta, le digo que está de vacaciones y pone cara de tristeza. Este gesto en ella es como una puntuación y un límite: ya no hay nada más que hacer. Siempre lo hace ante la orden o el mandato que le señala la imposibilidad de lograr su objetivo: querer salir del pabellón, tomarse el refresco de otra paciente, cruzar a otra zona del sanatorio, cuando se entera que nos retiramos, cuando le dicen que su familia no irá ese día a visitarla o, simplemente, cuando no puede bailar, como hoy. Agacha la cabeza y se muerde el labio inferior de su desdentada boca. El gesto es de tristeza pura y me interrogo sobre mi implicación: ¿de lado de quién estoy? Me molesto conmigo. Hoy impedí que el mundo fuera un poco más alegre, que sonriera ante la adversidad, que dejara de girar en esa reiteración alienante y en su lugar una mujer bailara…

"La máquina blanda"

> *Psiquiatra*: No hay esa retribución, esa recompensa afectiva que uno busca del paciente en este tipo de psiquiatría. Si un individuo tiene cáncer o hipertensión va con el médico y le agradece llevándole una manzana, un refresco: ésa es la medicina de los doctores. Pero si tratas a una persona en un hospital psiquiátrico, te dan una patada [ríe], te la mientan o te dicen que te van a golpear. No hay recompensa objetiva del paciente y eso es lo que lastima. Es el miedo que a veces da. Cuando trabajas en la medicina uno espera que te agradezcan: doctor, muchas gracias, me salvaste la vida. La psiquiatría de consultorio, esa que ve al deprimido o al que tiene deformado los sentimientos, ésa si es agradecida ya que el paciente se apega mucho a ti, se hace tu esclavo [...].
>
> Notas del diario de campo

Como en cualquier película de psiquiátricos, la imagen se repite. Me siento atrapado entre los cuadritos de la cinta que deslizan veloces el drama de la escena. El médico forcejea con un paciente, lo empuja para que entre a la enfermería. Impaciencia o necedad psiquiátrica, la locura muestra su dificultad. Prescripciones médicas, inyecciones forzadas y castigos se repiten con la misma insistencia con la que los delirios lo hacen. José se resiste a pasar a la enfermería, se frena con los pies mientras le enseña al doctor su puño derecho, un ademán que este paciente realiza cada vez que lo encuentro a mi paso. En efecto, cuando saludo a José, éste me finta levantando un poco la rodilla (como queriendo golpear el vientre bajo) y me enseña el puño a la altura de la cara; presume sus nudillos lastimados y se toca el bíceps en señal de fuerza. Todo este protocolo lo acompaña con murmullos, guturaciones y una que otra palabra. Al principio la duda y el miedo confunden y no se sabe bien qué hacer; después, la glosa se hace hábito y se comparte mutuamente el ritual con sonrisas. El médico me mira de reojo mientras intenta someter a José. Por mi parte, continúo conversando con otro paciente, justo frente a la entrada de la enfermería. Observo y platico. Sé que cuando José rebase el umbral de la puerta, pasará lo inevitable: será sometido a la "máquina blanda".

En el sanatorio psiquiátrico circulan seductoras cápsulas, pequeñas y coloridas pastillas o líquidos potentes, es la droga oficial que aniquila el impulso irreverente. Agua y voluntad cuando la demencia coopera. Agujas y jeringas cuando no. La locura es necia y, en su necedad, enloquece a médicos, enfermeras y personal de custodia. El psiquiatra desiste ante mi presencia, que lo exhibe en su lucha irracional en la arena imaginaria de esta enajenación compartida, en donde el psiquiatra es juez y parte. Suelta a José y éste corre. Repentinamente vuelvo a escuchar el fantasioso y persecutorio mundo de Javier: que el Diablo que lo persigue es chaparro, calvo y está lleno de huesos, que se le ve la sangre correr y que, además, padece de cataratas; que lo quieren espantar porque gritan [...]. Que le gustan los pantalones a cuadros [...]. Que ve cómo corre su propia sangre blanca [...]. Que sufre porque le mienta la madre al Padre Nuestro...

Me confundo. ¿Vivo por un instante dentro de la escenografía de un mundo imaginario o un teatro real del fantasioso hospital? No importa. Esta abrumadora mañana de trabajo de campo fue un poco más ligera, gracias a que José logró escapar.

La ciencia tiene peso

> Al pasar, veo a uno de los psiquiatras trabajando dentro de su consultorio, lo saludo y me dice que está haciendo las notas de evolución y le contesto bromeando: ¿o de involución? Se ríe y repite: sí, de involución, de involución [...]. Como gustándole el término.
>
> Notas del diario de campo

Las mesas jardineras del patio del psiquiátrico se encuentran todavía húmedas y frías cuando llego por la mañana. Espero a los compañeros con quienes recabo la información de campo. Un doctor se acerca alegre y me saluda. Un abrazo sella la incipiente amistad de dos meses de visitas cada jueves. La noticia de él es la muerte de uno de los pacientes “más regresivos” acaecida el día anterior a eso de las dos de la tarde. Murió en la enfermería de donde decidió no salir más de la camilla y de la silla de ruedas. La última vez que

lo vi fue dos semanas antes, sentado en su silla pidiendo agua a la enfermera. Petición que, como es habitual en un lugar en donde el paciente mental es un poco humano, un poco animal, se toma con la calma que exige el tiempo institucional. Poco después comentó otro médico psiquiatra, encargado de este enfermo, que no sentía su muerte porque en realidad carecía de conciencia, es decir, para este doctor los enfermos mentales no sufren. Resulta que la irracionalidad es sinónimo de insensibilidad al dolor y al sufrimiento. Me equivoqué: el paciente es un poco animal, un poco objeto inanimado. El doctor, un poco perturbado por lo sucedido, me confiesa que el recién fallecido había fungido como "conejillo de indias" para la ciencia psiquiátrica. Cuando surgió el medicamento Retanol se le suministró regularmente, también se le realizó una lobotomía y, finalmente se le practicó una operación que consistió en introducirle un cable en el pecho hasta determinada zona del cerebelo que, se presumía, era la parte que causaba la agresividad del paciente. A través de este sistema se enviaba corriente eléctrica con la finalidad de reparar los desajustes eléctricos. La persistencia de la conducta belicosa mostró el fracaso de la magia de esta ciencia que pretende curar por analogía (la variación del encefalograma se alivia con corriente eléctrica: lo semejante se remedia con lo semejante). Su cuerpo inerte se llevó el botón de encendido y el cableado cerebral. "Era extremadamente agresivo" dice el doctor y agrega riendo: "aquí los pacientes aguantan de todo, hasta el peso de la ciencia."

El hospital psiquiátrico y el huevo

Freud, en una analogía comenta que el autista, como el huevo, es autosuficiente, que el segundo sólo requiere del calor de la madre, no más: ni alimento, ni atención. Cada uno está aislado, puesto que se encuentran lejos de la realidad, cada quien está en su propio mundo. Eso es lo que sucede en el hospital psiquiátrico, a muchos pacientes la realidad no les interesa, están ahí y eso les gusta o hicieron que les gustara. Cuando ellos tienen la oportunidad de salir de este huevo, de esta institución, se encuentran nuevamente con el acostumbrado ambiente del hogar. Lo extraordinario es que ahora están afuera, y son parte de un universo en donde la ma-

dre prepara la comida, regaña a los hermanos, hay un televisor en disputa, una habitación compartida y un padre que llega de trabajar con los problemas y las preocupaciones de todos. El paciente se encuentra con horarios flexibles, sin el rigor de la institución, come a la hora que puede, duerme y ve el televisor cuando quiere, no tiene horarios fijos; no obstante el tiempo es el mismo, él también; todo se repite, también. Sigue siendo parte de una realidad que enferma, que cansa, que ya no sabe controlar, la que desestructura sus emociones.

El objetivo del hospital psiquiátrico es curar, sanar una enfermedad mental, atender al paciente que está imposibilitado para hacerlo, sin embargo, en el afán de brindar atención el sujeto es diezmado, la institución reproduce su condición de infante y le imposibilita la adaptación, la autosuficiencia. Al salir el paciente, los padres tratan de hacerle sentir lo menos enfermo posible, que participe como todos, que es un miembro más de la familia; no obstante el paciente se enferma más, muestra que no es igual, enfatiza su comportamiento extravagante: lleva media vida sintiéndose especial, con un trato diferente, en un lugar donde le proveen de lo necesario.

Al recorrer los pasillos del hospital psiquiátrico se escucha una repetida petición; la de salir y estar en casa, lo dicen una y otra vez, lo exigen, lo susurran, lo gritan. Cuando salen, regresan. Contradictorio, pero lógico, quien deja lo más por lo menos, son hijos de una institución que los cuida, los provee, los procura, los entiende y los calma. Finalmente, el hospital psiquiátrico los acogió y con ello llegó la cura: los convirtió en sujetos dependientes en todo sentido, incapaces de socializar. Para que subsista una institución psiquiátrica debe contar con pacientes, el objetivo no es sanarlos, es mantenerlos dentro. La realidad para el paciente es que la familia altera, el hospital lo calma, el hospital es la gallina, el paciente es el huevo.

LOCURA: ENFERMEDAD PECULIAR

> *Madre de paciente*: Ya tiene veintidós años tomando medicamento, de todo medicamento: fenobarbital, clonazepam, anuteridol, bueno, infinidad de

> medicamentos. Le han estado cambiando, cambiando y cambiando demasiado. Pero yo siento que tanto medicamento en vez de ayudarle, al contrario lo trastorna más. No sé, ya es mucho [...].
>
> Notas del diario de campo

"Esquizofrenia con presunta lesión cerebral" es un diagnóstico psiquiátrico, y como todo diagnóstico médico es incuestionable. Se recorre la misma cadena causal, epistemología lineal de un circuito corporal: *a*) órgano lesionado, *b*) función perturbada, y *c*) comportamiento peligroso. La cronicidad mental se somete al cautiverio psiquiátrico, que trata de impedir su "evolución" con medicamento. Los laboratorios químicos han desplazado —aunque no del todo— a los electroshock, las lobotomías, las sillas giratorias, los aislamientos y los golpes. De cualquier forma, el medicamento no repara y ajusta las piezas de la máquina humana como se quisiera, tal como lo ilustra el indomable comportamiento sexual. Así, una especie de ensayo y error se juega entre las recetas y las conductas reportadas, hasta llegar al punto de la "estabilización" del paciente, incluso a costa de su embrutecimiento.

Los pacientes mentales son diagnosticados como enfermos, pero no son tratados de la misma manera que otras personas que padecen algún problema de salud. Enfermo mental y enfermedad mental son cuestiones distintas; esta última adquiere pleno derecho de soberanía y existencia propia, de tal suerte que si un paciente quisiera abandonar el hospital la decisión no dependería de él, sino del médico. La palabra del enfermo ha perdido eficacia comunicativa, su enfermedad no le pertenece ya más.

El confinamiento forzado se padece, aunque no se reconozca en los informes médicos. La locura es sinónimo de inconsciencia y despersonalización. Existe una concepción médica del enfermo en tanto estructura de órganos funcionales. El paciente mental en tanto sujeto del deseo del otro, está ausente. Para el psicoanálisis el individuo se humaniza sólo en la relación con otro. Tengo un nombre y un lugar en el mundo porque los otros me nombran y me otorgan ese lugar. Mirar a los semejantes es corroborar la existencia en la mirada que los otros devuelven: reconocimiento, desprecio, cautivación, indiferencia. Estar en el vínculo del deseo otorga sentido y llena de simbolismo al universo social. La descalificación de la

palabra delirante convierte a dicha descalificación en insistencia y necedad delirante: torbellino de palabras que chocan y pulverizan entre sí. Uno: insiste en ser un pájaro y volar. Otro: insiste en desmentir la realidad por mentirosa. Resultado: la captura del sujeto y su palabra perdida.

Encapsular al sujeto en su propio cuerpo que pulsa sin control alguno. Detener su movimiento interno, su erogeneidad violenta. Sociológicamente, el paciente tiene otro estatuto. Su ciudadanía muere. Pero también su derecho a decidir sobre su vida, su tiempo y espacio. El hombre que interactúa lo hace dentro de un sistema de relaciones, por ende, nunca deja de comunicar. En ese sentido, el síntoma es siempre para el otro, comunicación acorde al juego interaccional. Erradicar el síntoma como el mal implica, por el contrario, ignorar el juego del deseo, de las simetrías y complementariedades humanas.

La violencia sobre el cuerpo tiene sus compensaciones. Y el hospital lo reconoce al ser una institución permisiva: a falta de vida social y personal, los pacientes psiquiátricos son adictos al dulce, a los alimentos chatarra y a los cigarros. La enfermedad mental es distinta y distante a cualquier otro tipo de enfermedad. Los psiquiátricos son hospitales *sui generis*. Aquí se permite fumar y comer hasta la saciedad y no se consiente el reposo en las camas, pues para eso están, las sillas, los corredores y las áreas verdes. Lógica de la redundancia que afirma la sintomatología de quien duerme en el piso o vomita el medicamento/alimento. Fracaso de la ciencia que hace de la cronicidad hospitalaria, la antesala imaginaria del sujeto terminal.

Tiempo crónico

Sin duda la mayor utopía ha sido imaginar el regreso al paraíso perdido. Ahí donde las necesidades no existan y ningún evento violento perturbe la paz. Un lugar en donde no se padezca de frío o calor y una sensación como el hambre no se conozca. La creencia une a religiosos y pensadores de la más diversa índole para imaginar un futuro en donde la conquista de la felicidad sea un hecho. Utopías renacentistas, socialistas utópicos, comunistas científicos o ecologistas buscan el regreso al tan anhelado origen. Más siniestra es la

invención panóptica de una microsociedad controlada racionalmente. Las penitenciarías y psiquiátricos son sus modelos, aunque no sólo ellos. Muchas personas imaginan una vida de claustro en donde el tiempo se empañe bajo los ritmos de las normas y tareas programadas. Y cuando uno observa la vida cotidiana en la prisión es inevitable no colocarse en el lugar del preso y abrir un interrogante en nuestro interior. Vínculo con lo transgresivo e ilusión del cautiverio como envoltorio. En las cárceles esto fracasa y, por el contrario, la conciencia del tiempo se manifiesta con toda su crudeza en la separación familiar, en el crecimiento de los hijos, en el abandono por la enfermedad y la muerte, en el envejecimiento. El tiempo rutinario es tormento. La imposibilidad de manejar el entorno cabalmente provoca la vivencia intensa del cuerpo que es gozado en la droga, marcado por las cicatrices, rayado con los tatuajes. Cada tatuaje es una huella que dirige sus emociones al tiempo perdido para siempre en un duelo, en los nombres de seres queridos, en las fechas o epígrafes.

La reiterada cotidianidad de un hospital psiquiátrico aviva con fuerza la identificación con el enfermo. Vínculo con la enfermedad mental que refleja su propia imagen inexplicable. Un trabajador de vigilancia comenta que es inevitable pensar en la posibilidad de tener un hijo enfermo mental; otro trabajador afirma que si se involucra con el sufrimiento o tristeza de los pacientes, terminará inevitablemente por adquirir sus propios síntomas hasta ser una réplica idéntica de ellos. Un médico reconoce que ha pensado que, de estar él internado como cualquier paciente crónico, lo único que extrañaría es el tener un baño privado en donde pudiera realizar sus necesidades sin vigilancia alguna, después de todo —agrega— en el hospital se tiene comida y no existe preocupación por la vida, basta entonces con tener algunos libros que leer para vivir. El cautiverio, como el delirio, convergen en la fascinación, vínculo misterioso con lo siniestro, el terror y el goce de ese otro enfermo que inevitablemente es el espejo de los sanos.

Evitar que la burbuja reviente, que el tiempo transcurra, que la cotidianidad se altere. Impedir la revelación de la existencia mortal. Medicar la mente, soportar al cuerpo. Suprimir al sujeto. Registro minucioso de la conducta. Homologar la noche y el día. Utilización de idénticos formatos de evaluación, notas médicas y psicológicas que reiteran el delirio. Automatismo del expediente, necia actuali-

zación de los encefalogramas. Maquillaje científico ante la imposibilidad. Lecturas exasperadas de papeles y más papeles. Dinámica institucional repetida. Horarios, normas, visitas, reportes, menús, pláticas. Cada actividad evoca al día anterior, a la semana anterior, al año anterior. El enraizado con más de veinte años de hospitalización justifica la existencia de la institución y sus personajes en la reiteración. Asesinato del tiempo. El tiempo del delirio es un tiempo cíclico e irrelevante: muerte de las hierofanías, prevalencia de la estereotipia. Y así como un enfermo camina incansablemente alrededor de un espacio imaginario, delira las mismas frases, bebe agua hasta el vómito y el hartazgo, así también el médico realiza las mismas notas, la enfermera reporta idénticas conductas y la psicóloga análogas terapias. El tiempo institucional es delirante y crónico, como el de sus pacientes. Probablemente pueda aplicársele al hospital psiquiátrico el mismo diagnóstico que se lee al final del expediente clínico de muchos de sus enfermos: "bueno para la vida y malo para la función".

EL ACOSADOR IMAGINARIO

Desde el momento en que la vi me percaté que su mirada y su gestualidad transmitían lucidez, su rostro no era la clásica imagen de la locura o de los efectos del medicamento. La voz modulada y su trato amable. Era como cualquier persona con la que se puede platicar. Me sorprendió su habilidad para interactuar. No obstante, conforme platicábamos surgieron las verdaderas preocupaciones de esta mujer.

Remedios tiene setenta y un años, es una persona que se sabe acosada, eternamente molestada por "un viejo" que la perturba. Ella afirma que está encerrada en el sanatorio por su seguridad, para que ese extraño ser no la alcance y "le pueda recorrer la piel". En el expediente médico se puede leer su padecimiento: "esquizofrenia paranoide". Antes de devenir en una mujer acosada existencialmente, estaba casada, pero su esposo la dejó por otra; "se le metió el diablo", dice ella. Tiene tres hijos. Recuerda a su familia, dice que uno de sus hijos estudió ingeniería química, mientras que el otro es ingeniero mecánico.

Menciona que en ocasiones le duele la cabeza; el dolor lo atribuye a que, cuando niña, su madre la golpeaba con un leño. En

una ocasión trató de escaparse de los maltratos y corrió; su madre le arrojó un ladrillo que le pegó en la cabeza; me pide que toque con mi mano la cicatriz que tiene en la frente. En otra ocasión se cayó, por lo que se "le infló" la cabeza. Cree que toda esta violencia le afectó y que por eso está enferma.

De su estancia en el sanatorio psiquiátrico dice que no le permiten hacer algunas cosas, se queja de cómo lavan la ropa, comenta que ella lo haría mejor y que le ha pedido permiso al doctor de lavar su ropa, pero no quiere y eso le molesta. Me pregunto: ¿cuán peligroso es darle una cubeta con agua y una barra de jabón a un paciente mental? "Nos hacen todo", ella afirma. Remedios se ufana de sus dotes de ama de casa, vuelve a quejarse, esta vez de la comida, asegura que ella guisa mejor que el personal que hace la comida en el hospital: "ya le dicho al doctor que me deje guisar un día", nunca ha llegado ese día. Menciona también que a ella siempre le ha gustado estar arreglada, tiene las uñas pintadas, usa perfume, se ve maquillada; antes se pintaba el cabello, pero ahora prohibieron eso: "una mujer cambia cuando se pinta el pelo", afirma sonriente. En aras de la seguridad o la disciplina la institución no permite que los internos realicen sus apetencias personales.

Platica sobre el hombre que la persigue, brota la angustia, las palabras lo evocan, lo materializa; en ese instante se sabe observada: voltea, mira de un lado a otro, de arriba hacia abajo y dice en voz baja: "me escondo por todos lados, pero ahora él me busca, me está siguiendo". Recuerda que en alguna ocasión su esposo la defendió del "viejo" que la persigue, "se agarraron a balazos", con eso lo ahuyentó momentáneamente. La perversidad de ese ser imaginario no le permite descansar puesto que insiste en regresar para obtener lo que nunca le quiso dar Remedios. Comenta que la situación de encierro la está enfermando, su vida se va marchitando de a poco a poquito, el dolor de la rutina y la falta de estímulo para seguir adelante se han manifestado en su corazón. Mientras habla, observo que su mano derecha tiembla. Comenta que en el pueblo donde vivía los "viejos" seguían a las jovencitas. Cuando ella llegó a la ciudad de México, uno de esos viejos preguntaba por ella.

Los hijos de Remedios la visitan cada quince días en el hospital. Es una de las llamadas "pacientes recuperables", pero que incomodan a la sociedad, ya que angustia a quienes la rodean por su sentimiento de perpetua persecución: "el viejo" está por todos lados, en

los árboles, cerca de ahí, se pasea por el hospital, vive cerca, la busca. Afirma convencida: "doctor, dentro o fuera del hospital me sigue, estoy aquí y él vino hasta acá".

Discurso institucional y delirio

> No me deja de molestar […] no me deja en paz […] en una cierta hora para comer y no me deja en paz […] una cierta hora. Esta Ernestina que se la pasa a cada rato […] se pasa a cada rato, no hay comunicación para allá, no existe comunicación para allá. Desde que Mary no viene […] se la pasa. Me agarra todo el día […] se la pasa […] es de este lado […] tengo ciertas horas para bajar de este lado […].

Estas frases se repetían incansablemente. El delirio —dicen los psicoanalistas— está fuera del campo semántico, que no del significante. No se puede poner uno en el lugar de la comprensión. No obstante reconocen la clínica y la necesidad del delirio. Los psiquiatras ven en el delirio —como en la fiebre— el síntoma de la enfermedad que hay que controlar. Delirio, alucinación y pensamientos mágicos son combatidos con el medicamento. Circulamos dentro del psiquiátrico como circulan coca colas, cigarrillos y pacientes. Como circulan intercurrencias y notas médicas que repiten sucesos que confirman la repetición de los síntomas. Queremos ser un circuito que otorgue un sentido distinto. Nos presentamos como sociólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México. Somos externos, a pesar de nuestra bata blanca que funge como el blasón de armas de la psiquiatría y que nos otorga una razón de ser y estar los días jueves de cada semana. Cada jueves escuchamos. Sólo es cuestión de irse con este fluir de palabras para no causar enojo o irritación. Si notamos enojo, nos retiramos. Así, "dialogamos" todos con los pacientes de la llamada psiquiatría "semipesada". Preguntamos y nos interesamos en los discursos sin querer llegar a nada. Como cuando platicamos con un extraño por casualidad en algún lugar pasajero.

¿Quién molesta a Jazmín y no la deja en paz? Ella camina y parece no cansarse nunca, rodea a las personas y repite las mismas frases. La primera vez que llegué al hospital me impactaron la cla-

ridad de sus ojos verdes que miran fijamente, y parecen nunca parpadear, ojos penetrantes que interpelan y acompañan su ecolalia: "la salida es por allá", "yo soy el niño Dios". Siempre lleva una cachucha beisbolera sobre la cabeza. Mide como 1.60 y debe pesar como cuarenta kilogramos. Es muy delgada, pero incansable. Observo sentado desde la orilla de este pabellón femenino. Repentinamente, se acerca otra paciente y persigue a Jazmín hasta darle alcance y abrazarla amorosamente. Ella protesta, grita hasta que las separan las trabajadoras de cuidado y custodia. Jazmín camina espantada y repite: "No me deja de molestar [...] no me deja en paz [...] en una cierta hora para comer y no me deja en paz [...] una cierta hora [...] Esta Ernestina que se la pasa a cada rato [...] se pasa a cada rato [...]". En efecto, esta paciente es la que la persigue. Esta paciente tiene la piel morena muy oscura, es el contraste de Jazmín. Es gordita también. Mientras una se queja repitiendo las frases, la otra, que permanece alejada por las trabajadoras, baila alegre y sensualmente. Le avienta besos a su aterrorizada víctima.

Más tarde, Jazmín deja escapar la frase: "no hay comunicación para allá, no existe comunicación para allá [...]". La introduce y la repite. Observo que señala hacia fuera, y confirmo lo que creo: que la falta de comunicación es con los que la tienen encerrada. Un médico entra y veo que Jazmín lo señala y repite: "no existe comunicación para allá [...]".

Cuando salgo del pabellón y me encuentro con mis entusiastas alumnos y alumnas, les comento el suceso. Isabel me dice que antes había una trabajadora que se llamaba Mary, que cuidaba más a Jazmín y mantenía alejada a Ernestina, y es por eso que Jazmín siempre repite: "desde que Mary no viene [...] se la pasa". ¿Frases que tienen destino? Me acerco a ella con el fin de ver si puedo establecer un poco de contacto. En su andar acérrimo, terco, se detiene repentinamente y observa, repite sus frases. Lleva entre uno de sus brazos revistas femeninas. Las carga como si fueran un bebé al que hay que proteger. Las señalo y le digo que están muy bonitas, que me las enseñe. Cambia el rostro y repentinamente sonríe. Baja unos escalones de ese pequeño patio-kiosco en el que se encuentra y se dirige a mí. Abre las páginas y muestra modelos, anuncios de perfumes y otras imágenes. Le digo que me enseñe cuál de todas le gusta más. Baraja las páginas, se detiene en una modelo. Luego acomoda sus revistas y páginas sueltas y continúa su andar. "Me aga-

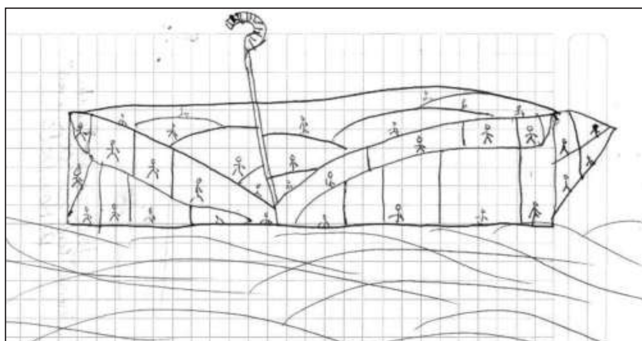
rra todo el día […] se la pasa […] es de este lado […] tengo ciertas horas para bajar de este lado […]”.

No deseARÁS A LA MADRE DE TU HERMANO

> La paciente se acerca y me comenta que quiere que la visite su madre. La veo muy medicada, apenas puede hablar y me dice que no le cae bien su hermana. Me dice que los papás de su hermana son delincuentes.
>
> Notas del diario de campo

Él es un muchacho alto, delgado, de piel morena que corre ágilmente cuando lo llaman. Cierto día se acercó sigilosamente para decirme que regañara a quienes me acompañaban porque querían acostarse con su madre y que eso no lo iba a permitir. Lo tranquilicé cuando le di la razón y le prometí que llevaría a cabo su recomendación. Una semana después referí el hecho a un médico, el cual no se sorprendió, no sólo porque el delirio es mentiroso por naturaleza, sino sobre todo porque ya estaba enterado de este suceso por la propia madre del muchacho. Su delirio surge a raíz de una entrevista realizada a la madre durante la llamada visita familiar. Los dos sociólogos que la interrogaban, casualmente, tienen el mismo color de piel de este paciente y uno de ellos incluso su misma altura. La madre corregía a su hijo sistemáticamente por decir mentiras, mientras contrariamente mostraba gran interés en contestar las preguntas que se le hacían. La actitud que desautoriza es también una operación que inhabilita. Las razones para quien actúa así pueden ser varias: refrendar la distancia entre lo normal, la enfermedad y lo enfermo, corregir la interacción o confirmar la necesidad del cautiverio. Durante la conversación, la descalificación de la madre a su hijo provocó la angustia de éste. ¿Quién te dijo que los compañeros pretenden acostarse con tu madre? —lo interrogo. Se acerca a mi oído y me dice: “unos agentes de la PGR”. Una sombra de autoridad sugiere algo parecido a la aparición de la ley. No es la sombra del padre de Hamlet, no tiene su fuerza.

Este paciente frecuentemente se viste con una playera de la marca *Náutica,* con un estampado al frente que muestra una gran an-



cla. Dice pertenecer a la Marina de Guerra, y haber viajado en barco por la grandiosidad del mar. Como prueba contundente dibuja el barco en donde viajaban quinientos marineros. Este hijo cuenta que dejó la Marina porque a mitad del océano se empezó a sentir mareado. Posiblemente su pequeñez resaltó ante la inmensidad de ese mar envolvente como una madre. Su discurso delirante busca "anclarse" en la figura de autoridad. Y la ensambladura entre madre e hijo revela un tiempo congelado que resiste a moverse y que deja ver algunas de sus grietas por donde se filtran el miedo y la muerte.

Dolor filial

> *Sociólogo*: Ya pronto van a comer.
>
> *Paciente*: Yo no tengo ni hambre ni nada, es que me comí una bolsa de papas, la abrí y me comí la botana [ríe]. Hay un cuate al que le hablo así, pura gente de campo aquí [...]. No, en el campo comen pura carne de puerco con nopales; no, se me hace que hasta tengo sangre de pinche carne de puerco, porque hasta me huelo la sangre a puerco o me huele a reses [...].
>
> Notas del diario de campo

Javier ya tiene tiempo preocupado por su ojo. Cuando paso junto a él me pide que lo explore. Los médicos lo revisan y pocos minu-

tos después pide nuevamente que lo atiendan. Un médico teme que se lo saque. Javier se queda mirando al espejo, pero la imagen no le devuelve claramente quien es. Se le aparece un diablo que está lleno de huesos. Javier sufre, dice que le duele la sangre.

La sangre, ese "líquido precioso" brindado al sol azteca para que el mundo renaciera y evitar así las tinieblas. Un caballo pura sangre lo vale todo, pero cuando se dice que un niño es de "mala sangre" su destino está echado. La familia defiende el derecho a la sangre: ésta pesa más que el agua. Con estas palabras diferencia el lazo filial del lazo de alianza y del extraño. Las prisioneras, cuando se casan entre sí se cortan las muñecas y se las juntan para sellar con la sangre su pacto de amor. Se dice que tiene la sangre pesada aquel que no se sabe comportar, ganándose a pulso el epíteto de ser un "sangrón". Beber la sangre del enemigo. Saciar la sed de sangre: identificación necrofílica. Donar sangre es donar vida, dice el eslogan. Y por la sangre se transmite también la muerte. La sangre hace comunión, como la de Cristo. Y la bebemos en vino. La sangre es venganza.

Dolor en la sangre. Me imagino que es un dolor insoportable, que circula por todo el cuerpo y que transita también por el tiempo, el tiempo de las generaciones, por el cosmos de la vida misma. La frase "me duele la sangre", concentra el sufrimiento extremo de un ser vivo que nace con lazos dolorosos. Nunca se me hubiera ocurrido. Y es que el dolor del vínculo emerge desde la sangre. Javier no está inserto en la estructura parental, no se siente orgulloso de su historia, tal vez por eso siente que la sangre que le corre por las venas es de puerco y apesta a reses [...].

El cuerpo: un tropo en acción

José no habla, si acaso repite una que otra palabra. El que habla es su cuerpo, casi siempre de manera jocosa. De su agresividad queda su insistencia en querer besar a las enfermeras: estira los brazos y levanta los labios sin alcanzar nunca su objetivo. Por su parte, la madre constantemente reconviene a este hijo que en otro tiempo gustaba de golpear. Sus reiterados llamados de atención son intentos infructuosos por corregir al niño ahora ya envejecido. Un día José convidaba de sus golosinas a los pájaros. La madre lo miró e

inmediatamente recriminó su conducta: los pájaros no comen dulces. Entonces él colocó sus caramelos en la mesa y empezó a subir y bajar la cabeza para comerlos a picotazos: decidió transformarse en pájaro. Hospitalizado, es la única forma que tiene este hijo para desautorizar el veredicto materno.

José saluda a lo lejos y me acerco. Está junto a su madre. Lleva a cabo una serie de fintas de karate, muestra el puño o abre los dedos índice y anular cerca de mi rostro. Cuando le pregunto a la madre si José practicó karate de niño, ella dice que sí y añade que también meditaba para controlar sus emociones. Entonces, José juega, se sienta al estilo "flor de loto", medita. "Tenía los libros de Bruce Lee", comenta la madre, al tiempo que manifiesta que mataron a Bruce Lee porque se estaba involucrando en los secretos estatales de diversos países "y eso no se vale". José despierta y da pequeños grititos, ¡aaaauuuuuh!, ¡uuuuuaaaaaah!, hace ademanes con las manos, las gira, como imitando al tal Bruce Lee. Cuando la madre me platica que miró la película de los cuatro fantásticos, entonces él estira los brazos y las piernas como si fuera el "hombre liga".

Este hijo malcriado es, todo él, glosa corporal. Su carne se convierte en metáfora. La madre saca de una bolsa los anteojos de José y le dice que se los pruebe, éste se los coloca y hace gestos viendo de un lado a otro. Le pregunto que si se ve bien y me responde que "como acuario", río y le digo que entonces ve pescaditos, asiente, aplaude y ríe. Y río junto con él, por ese instante que el lenguaje nos brinda para comunicarnos.

Cansancio existencial

Mire usted lo que la vida ha hecho de mí.

Joseph K.

Frecuentemente se le observa durmiendo en las áreas verdes del sanatorio. De vez en cuando, dicen los vigilantes, se levanta frenético a jugar con una pelota para después volverse a acostar. Todo mundo le insiste en que deje a un lado la flojera, pero él, afirma, está agotado. Es jueves de visita familiar y la madre comenta que su hijo era muy rebelde e intentaba a cada rato escaparse del ho-

gar, que constantemente le hacía "desatinar", por eso está hospitalizado. Ahora, encerrado, prefiere dormir. Cuando la madre lo visita y conviven juntos en el área de visita, no deja de decirle que se ponga a trabajar. En una de estas insistencias el hijo responde: "lo que pasa es que me siento cansado y necesito descansar, a veces estoy dispuesto y me levanto, pero cuando lo hago, ya estoy agotado [...]".

Desdoblamiento

> En el síndrome de Capgras, el enfermo confunde a una persona que le era bien conocida con otra que se le asemeja pero que era de otra naturaleza, un gemelo o un sosia [...]. Bin Kimura lo expresa de otro modo: para él no es una transformación de la persona sino del sentido de las personas o sea de su valor simbólico.
>
> Jean Guyotat

El doble. Tema abordado por antropólogos, literatos y, más recientemente, por el psicoanálisis. Pero de éste la psiquiatría nada sabe. Sólo sabe que entra en alguna de sus categorías en torno a la esquizofrenia. Por eso el delirio es basura, desecho, resto inutilizable de lenguaje. Salvador es recluido porque visita recurrentemente a su vecina, a quien cree su mujer. La intrusión constante hacia ella genera problemas con la familia e incluso se le acusa en la delegación. Termina en el sanatorio psiquiátrico. Salvador es un tipo de 1.75 de estatura, robusto y fuerte. No presenta ningún síntoma "secundario" del fármaco. Camina erguido, tiene mirada vivaz, sus movimientos son normales y no muestra los efectos de temblorina, lentitud, salivación o torpeza al hablar de otros pacientes. A decir de la psicóloga, cuando él se enoja y arremete contra otros se requieren cinco personas para inmovilizarlo, y las tres dosis de calmantes inyectados diariamente apenas surten el efecto deseado. Esas "dosis de caballo", que tumbarían a cualquier otro paciente, no tienen el mismo resultado con él. Salvador, en su fantasía, busca a esta vecina con quien dice tener siete hijos. Cuando el doctor le pregunta cómo se llaman, él dice que cada uno de ellos se llama

Salvador. El médico me comenta: “el mismo nombre para cada hijo, ni siquiera tiene imaginación”. Pero lo que para este discurso del órgano y la función biológica es una impropiedad, para la literatura, la antropología o el psicoanálisis no lo es. La medicina no requiere más pruebas de aquellas que ya le dan existencia, ella es y punto. Tal vez un día se descifre este nuevo jeroglífico delirante. Salvador que se desdobla en este padre imaginario y que se reproduce, cual clonación, en sus siete pequeños salvadores. Salvadores de Salvador que, en su reclusión delirante, no puede salvarse.

Deseo, metamorfosis e intercambio imaginario

Los prisioneros en los campos de concentración soñaban recurrentemente con una gran comilona. Se los veía mover las quijadas durante la noche, antesala de los sufrimientos que les deparaba el amanecer, así lo atestiguan los supervivientes que sintieron la verdad del hambre. Tal vez fueran sueños reparadores, que cumplían ese deseo insatisfecho, como pensaba Freud. Es interesante observar que el alimento forma parte del delirio de algunos esquizofrénicos, como es el caso de Mariana, que lo relaciona con el bien y con la fatalidad. Quien desprecia la comida contribuye a la catástrofe del mundo: la guerra, la pobreza y la hambruna. En sus delirios, ella recuerda estar encerrada y sin alimento; una manguera era introducida para mojarla. En su soledad escuchaba el vuelo de helicópteros y aviones, que ahora la aconsejan, la orientan y le prohíben hacer determinadas cosas. La comida es el lente por el que se filtra el mundo; ésta lleva la marca de la intención, de la buena o de la mala fe de quienes la rodean. En el origen sin duda está la madre que sostiene al bebé y lo nutre con su mirada, palabras, olores y el pecho: intercambio primigenio, enigmático, en donde las culpas, el encuentro de las emociones o la plenitud del Don se revelan. Emociones que ligan a los cuerpos, las palabras y los objetos en el juego del deseo, de la transmisión de lo inestimable, de la luminosidad del rostro, de la encarnación del símbolo. Y es que el regalo de amor materno, o se revela o muestra su negativa faz: el don veneno que adhiere a las personas en el daño. Mariana y su familia establecen relaciones complicadas, tóxicas, que hacen de su ser una persona desconfiada. La mirada de Mariana observa el objeto

y encuentra la marca ofensiva: los zapatos que le regalan traen las señales de Luzbel en la etiqueta, en la figura de las suelas, en la franja de colores que los adornan; las frutas que la familia le lleva son malas, descoloridas y feas, el tono oscuro de la coca cola provoca alteraciones nerviosas, enfermedades y hace decir groserías a quienes la ingieren. Las personas que la rodean son chismosas, se burlan de ella, le roban, por eso tendrán que morir.

Mariana rechaza el alimento que sus padres le llevan, rehúsa verlos, asegurando que ellos son quienes realmente la enferman. Cierto día, ella se negó ir al encuentro familiar aduciendo que quienes la visitaban no eran sus verdaderos padres, sino unas copias. Su auténtica madre se encontraba en realidad internada en algún lugar del hospital, mientras que su padre se había convertido en pinacate al caer de un avión: identificación materna y atolladero ante la Ley.

Mariana no está sola y comparte un secreto de amor:

> [...] un osito que está ahí en mi buró en la cama, al lado, que es un niño que Dios lo convirtió así, en [...] un osito que está ahí de trapo; y fíjate que sí, como que sí me transmite sus pensamientos, me los transmite en mi cara, en mi cabeza, me dice que yo soy su mamá. Me dice: tú eres mi mamá, te quiero mucho, tú eres mi mamá. ¡Ay qué lindo! Y lo abrazo, pues es un osito, y lo abrazo y lo apachurro, y así le doy besos que, como que le digo: sí, hijo; sí, hijo; sí, mi hijo. Así lo estoy abrazando y dice: sí, gracias Mariana, eres tú mi mamá.

Las parejas de Dios

La pintura amarilla de la pared resalta una franja de un tono más claro que corre por todo el pasillo que conecta el dormitorio de las mujeres hacia la puerta de salida. Poco antes el agua y el jabón habían borrado el hilo de sangre que la lengua de Bety había dejado mientras lamía el muro. Con esta acción ella expulsaba los quinientos hijos que su psiquiatra le había hecho. Conforme la sangre escapaba su preñez menguaba. Unas semanas antes ella caminaba moviendo los brazos alrededor de su vientre, como quien se sacude el polvo o trata de aventar lejos de sí algún inoportuno insecto;

en realidad estaba sacando los cientos de hijos que le hizo otro de los doctores. Ella vive con terror un delirio de fecundidad omnipotente. Bety tiene dos hijos de padres diferentes, pero afirma que ambos provienen del mismo elemento celestial. La familia refiere a que dos desconocidos se aprovecharon de su locura. Para ella hoy esto no importa, ya que fueron los portadores de la semilla divina. Por eso sus hijos son de Dios.

La mujer del rey

> *Paciente*: Mi novio es el señor y está en mi boca de gloria, de cielo.
>
> Notas del diario de campo

Martha tiene un arco iris de pulseras sobre sus muñecas, pero no son suficientes, siempre le hace falta una más. Avanza sobre una ruta imaginaria hacia ningún destino, lleva un radio en la mano y se muestra apresurada por llegar, por lo que sólo se detiene un instante para platicar. Conversa que su novio es el Padre, aquel que inventó el éxodo y articuló su destino. Dice que fue guerrillero, que anda en la guerra firme, tosco y astuto. Fue un profeta certero y llegó a ser rey, ella es su reina: la virgen María. Por eso afirma que está en su boca y que necesita urgentemente pasta dental. Esa mañana lo colocó allí, lo evocó: "santo, santito [...]".

Mimesis antropológica

Repite las mismas frases haciendo imposible el sentido de la comunicación. Le pregunto cómo está, la saludo mientras ella gira alrededor de mí, se aleja y regresa. El contacto es un sentir de chispazos fugaces donde el instante adquiere un enigmático valor. Repentinamente se detiene, me mira fijamente y afirma que va a tener un bebé mientras se acaricia el vientre. Ella me hace algo más que simple testigo de su embarazo, interpelándome: "lo que Dios manda, a mí me manda una criatura señorita, no se vaya, no se vaya, no se vaya, ¿a dónde se va? No se vaya porque yo soy Dios, yo camino así y soy un Dios. No se vaya para que me valore, entonces no

se vaya. Porque yo soy otro Dios, también yo. Otro Dios [...] sólo Dios sabe qué va a ser, va a ser una niña, se va a llamar Jazmín, para que sufra más que yo, como dice la canción [...] que sufra mucho más que yo [...] que sufra mucho más que yo".

Sentí como si un espíritu ajeno y misterioso nos enlazara. Desconcierto, culpa, pena, sorpresa, miedo, se agitaban en mi cabeza. Las sonrisas del resto de los compañeros de investigación confirmaban mi sospecha: yo la había embarazado. La situación era compartida por todos, confluencia espaciotemporal en donde el invitado principal era el inconsciente.

Dios es todopoderoso y creador del universo. Y el bebé que Jazmín siente en el vientre es fruto de la omnipotencia que la transforma en dadora de vida. Aunque su fertilidad duplique el sufrimiento. Tal vez así se intente por enésima vez comprender el sufrimiento propio y encontrar un lugar valioso en el universo. Sonríe sin dejar de tocarse el vientre, dice que algo se mueve en su interior. Pide la valoración médica. Sólo por breves instantes detiene su incesante caminata, su transitar es una evasión hacia ninguna parte. De ningún modo choca o se confronta cuando casualmente se encuentra con otra compañera.

Nunca estuve convencido de la existencia de la objetividad antropológica, y menos después de este fugaz intercambio de palabras y sentimientos con Jazmín, experiencia intensa, contundente y definitiva de que nada de lo humano nos es ajeno.

Soy nocturno

En medio del pabellón de mujeres, enciendo mi grabadora y registro parte de su delirio: "es por allá", "que soy de noche", "que soy de día", "que soy nocturno", "soy de dos", "desde la mañana tengo un montón de años". Abre el índice y el anular para reforzar esta última frase, sus ojos miran fijamente ambos dedos. Afirma que es "el Niño Dios", un "sacerdote", y que Dios la ha embarazado. Se sienta junto a mí. Sus ojos se mueven hacia arriba y el color verde se pierde momentáneamente. Tiemblan ligeramente su quijada y sus manos. Son los efectos secundarios del medicamento. Secundarios, en términos psiquiátricos, es sinónimo de nimio. Adolece de "dromomanía", es decir, del hábito de caminar incansablemente.

Los médicos dicen que el "vagabundeo" es una enfermedad. Durante un tiempo ella recorría el redondel del patio del pabellón de mujeres, abrazando sus revistas de espectáculos. Caminante que abandonó la casa materna por más de un año para reaparecer en un hospital psiquiátrico de la ciudad de Puebla. En una de esas huidas quedó embarazada. Un día la madre escuchó a su hija decir que "se iba a ir solo". ¡Sola!, corrige la madre. Ella parece salir del delirio para rebelarse y gritar: ¡Dije solo! ¡Solo! Rebelión instantánea y regreso a la redundancia de la palabra. Cobijo en un discurso inmutable en la inalterabilidad de su estereotipia.

Refiere la madre que ella tuvo un hijo. Y este desdoblamiento de vida terminó por alejarla cada vez más de la llamada realidad, que regresa en otra escena imaginaria y siniestra. Significantes que ligan los opuestos: noche y día, el sueño y la vigilia, la vida y la muerte, la fertilidad y la esterilidad. Movimiento de dualidades y diferencias que fracasa al intentar encontrar la lógica del simbolismo universal. ¿Magia fallida que se mueve en la esfera de la imaginación, o escudo de un teatro que insiste en no ser mortificado?

Un Don sin magia y el encantamiento fallido del delirio

Es inevitable vagabundear por el pabellón, recorrer sus jardines, su kiosco, sus senderos y su tristeza. Es necesario que los zapatos se distraigan. Caminar sin descanso para que los zapatos olviden la realidad del encierro y las palabras lejanas y fugaces de las compañeras de confinamiento, esas palabras que maldicen, esas voces que gimen, esas gargantas que gritan como si el alma se hundiera en el vacío. Los zapatos lo escuchan todo y eso no es justo, así como tampoco es razonable que se desgasten recorriendo esas tierras de olvido y sufrimiento; sería tanto como tener cadáveres sin cruces, ausentes de llanto o nostalgia.

Por eso la paciente prefiere no ponérselos e invoca un pretexto tierno e irrebatible: le pesan. Si esto no convence entonces alude a un recuerdo: alguien le dijo que no le pertenecen. No quiere ser ella quien los desgaste pues son muy bonitos. Algo en su interior le hace sentir que no se los merece, se imagina que son de una persona que ha esperado durante toda su vida, pero que le es imposible

verla. Es un alguien especial con quien se pretende convivir algunas horas fugaces, no para siempre, tan sólo para una tarde, "para un ratito nada más". Afirma que ese alguien anda por ahí, ronda en el espacio con su promesa de amante, aunque con un rostro deformado por la fealdad, la fealdad de este mundo profano y terrenal; sin embargo, cuando ese salvador llene su ausencia, ella le devolverá sus zapatos y con ello la fealdad se esfumará: "lo voy a aliviar porque él no tiene la brujería y yo sí". Regalo benéfico, transmutación del mal en bien, pasaje de la fealdad a la belleza. Quien le acepte como regalo sus pesados zapatos será acreedor del Don mágico de la beldad. Conforme se va apalabrando el delirio, algo del saber regresa: esa persona especial nunca llegará, sin embargo, como la canción de Penélope, ella lo espera con sus labios pintados y su bolsa de mano. En esa bolsa resguarda su identidad de mujer o, más bien, lo que queda de ella: un cuaderno de notas, maquillaje, bolígrafo; su rostro carece de reflejo, ya que el espejo es un objeto prohibido. Asimismo, en su bolsa lleva el esfuerzo de una escolaridad perdida que retorna en un pedazo de hoja con operaciones aritméticas y quebrados a medio resolver. Ella dice que los zapatos fueron fabricados por ángeles, personajes que antes de tomar esa forma divina fueron seres que sufrieron mucho. Los ángeles colocaron los zapatos en algún aparador del centro comercial Santa Fe y su cuñado los compró para su esposa, no para la paciente sino para su hermana Cuca. Supo así que el destino de esos zapatos no le correspondía: "entonces se los dio a Cuca y luego Cuca no los quiso y me los pasó a mí, pero pues eso no está bien". El regalo pierde así su intención. Un objeto rechazado por otra persona se convierte en desecho. El alma intuye la equivalencia. Al recibir los zapatos, la paciente se vive como el despojo que no se merece un regalo por cuenta propia, lo cual no le parece correcto, por eso no quiere los zapatos, los vive como un regalo absurdo y pesado. Sabe que si reclama será tachada de malagradecida, desplante propio de una loca. Por ello despliega su imaginario, escudo protector ante la amenaza de decir lo que se siente:

> *Paciente*: Los zapatos tienen en la suela la letra "Q", de logo, de marca.
>
> *Socióloga*: ¿Qué significa eso?

Paciente: Pues que son para ti, es la “Q” de Claudia [...] de Claudio [...] (fragmento de una entrevista en el interior del sanatorio psiquiátrico).

Tristeza en cautiverio

La acababan de internar por “depresión profunda”. El psiquiatra fue quien hizo la valoración y el diagnóstico: el cuerpo no miente. Me encuentro con esta mujer que peleaba con la nieta y a la que la hija decidió aislar. Dice que no está tan enferma como sus compañeras, quienes deliran, hablan solas o simplemente duermen. Que no se puede comunicar, que ya se quiere ir. El psiquiatra apunta que es necesario estabilizarla y avala el internamiento. Platicamos. El llanto es registrado por la grabadora unos minutos después. Me cuenta que murieron dos de sus hijos. La primera, una jovencita de veinte años que fue atropellada por una camioneta; pocos años después su hijo mayor murió a consecuencia del virus del SIDA. La familia se alejó. Ella dejó de ser el centro de reunión, nunca más volvió a preparar comida para sus hijos y parientes, por lo que la soledad le invadió. “Uno tiene hijos para que lo entierren y no al revés”, me comenta. Tiene razón. El mundo tiene pies y cabeza, y nadie puede caminar dándose de topes con el suelo. Visito el sanatorio un año después. Ella corre con los brazos extendidos para abrazarme, de momento no la reconozco hasta que me dice que está contenta porque ya va a salir, que ya no es una mujer triste, que su médico psiquiatra pronto la dará de alta.

Conclusiones

Sin duda, relatar todo lo que sucede en una institución es imposible; la variedad y complejidad de situaciones harían de cada tema un tratado por investigar. Se quedan en el tintero muchísimas inquietudes en donde el material recolectado fue insuficiente, tales como: los efectos del cautiverio en el personal técnico, médicos, enfermeras y trabajadores (conocido como el síndrome Burnout o del quemado). Efectos que hacían decir a un trabajador que no le interesaban los delirios de los pacientes porque, de hacerlo, poco a poco iría tomando la forma de ellos hasta terminar hospitalizado; o confesar a un psiquiatra su miedo y decepción por la ingratitud de los enfermos mentales, quienes son incapaces de agradecer la asistencia que se les brinda. O el caso de una enfermera que comentaba que siempre que sale del hospital se olvida de los pacientes, pues de lo contrario acaba enferma o peleando con la familia.

Otro tema importante es el de la carrera institucional del paciente mental, misma que aquí se esboza a través de las historias familiares coincidentes en las etapas por las que transita una persona antes de ser internada definitivamente en un hospital psiquiátrico. En el transcurso de la investigación se infiere lo siguiente: el sujeto es percibido en la infancia como alguien maleducado, berrinchudo, que destruye sus juguetes y que no obedece a los padres; este comportamiento provoca una respuesta violenta por parte de la familia, en donde privan los golpes, los baños de agua fría e incluso, el encierro, como medidas de control. Ante la insistencia de los síntomas se recurre a los remedios caseros, a curanderos y a bru-

jos. Luego se recurre a los médicos, quienes envían a la familia con el especialista; una vez que se pasa al diagnóstico psiquiátrico, el individuo, en tanto enfermo mental, inicia una espiral de internamientos con la consecuente ingesta de psicotrópicos. Familia, enfermo mental e institución psiquiátrica quedan enlazados en un juego de poderes en donde prevalecen el malestar y la culpa. La carrera moral del paciente mental da cuenta siempre de una historia familiar violenta, compleja, plena de secretos y malentendidos, donde los roles y las funciones están indeterminadas.

Este enlace entre grupo familiar e institución psiquiátrica no es considerado seriamente por el discurso médico, al menos no como parte de la etiología de la enfermedad. Dentro del conocimiento no tiene el mismo estatuto el organismo vivo del individuo que el ambiente en el que se desarrolla, los vínculos afectivos que establece con las personas que le rodean, etcétera. El DSM-IV reconoce el síndrome Munchaussen como la capacidad que pueden tener los padres para enfermar a los hijos, para provocar determinados síntomas. No obstante, el diagnóstico y la intervención clínica apuntan casi siempre hacia el cuerpo del enfermo.

Decíamos al principio que la investigación se inicia con el encargo de entrevistar a las familias para conocer su poca disposición para colaborar; este encargo institucional no fue casual, ya que apuntaba hacia la familia como problema; fue un reconocimiento implícito por parte del director del hospital, quien cuenta con la amplia experiencia de quien observa a diario el comportamiento de la familia. Todos los actores institucionales, trabajadores de custodia, enfermeras, psiquiatras, también reconocían la influencia que ejerce la parentela en el comportamiento esquizofrénico. Pero este reparo en el discurso no tiene su réplica en el modelo institucional de intervención, en donde priva una visión estrictamente médico-psiquiátrica. El discurso psiquiátrico cada vez más especializado acabó por excluir de su argumentación la terminología social, psicoanalítica y antropológica, para centrarse en el análisis del cuerpo como sistema cerrado que obedece a las leyes de la biología. El psiquiatra Karl Menninger, quien estudió las causas del comportamiento suicida en un extenso libro, del impulso irrefrenable hacia la muerte que tienen algunos individuos, observaba con asombro la negación del hecho (tabú del suicidio) por parte de la familia, lo que contribuía al desenlace fatal; paradójicamen-

te, quien tiene la responsabilidad del cuidado del enfermo, lo empuja hacia la muerte.

> Sucedía lo siguiente: pacientes confiados a nuestros cuidados en la hondura de una depresión temporal durante la cual ansiaban suicidarse, comenzaban a mejorar, e inmediatamente sus familiares pedían que fuesen dados de alta, desatendiendo por completo nuestra advertencia de que era demasiado pronto, de que el suicidio seguía siendo un problema latente. Con frecuencia consideraban ridícula la idea de que tal cosa pudiera ser perpetrada por *su* familiar, insistiendo en que era solamente una balandronada o una desesperación momentánea, que no era un propósito firme, que no lo llevaría a cabo, y así sucesivamente. Después, días o semanas más tarde, la prensa contenía la noticia de que nuestro ex paciente se había dado muerte ahorcándose, disparándose un tiro o ahogándose. Tengo un extenso archivo de tales recortes de prensa y, añadida a cada uno de ellos, la advertencia, palabra por palabra, que hice a los impulsivos familiares (Menninger, 1972:16).

La investigación no busca culpables, sino constata lo que desde mucho tiempo atrás han descubierto los grandes hombres de ciencia: el individuo no nace, crece y se desarrolla en un ambiente aislado, fuera de los afectos, del lenguaje, de la memoria de los ancestros, de las tradiciones, mitos y valores sociales.

Que la enfermedad es una construcción social lo confirman la historia y la cultura de cada sociedad; muchos estudios existen al respecto, dentro de los cuales destacan los realizados por Michel Foucault. Los hechos que suceden cotidianamente en un hospital hablan de la manera en que puede variar la concepción de la enfermedad y el enfermo. Por ejemplo, dentro del sistema de prioridades médicas, el trasplante de un riñón a un ex alcohólico con seguridad no ocupa los primeros lugares, lo que permite reconocer que el alcoholismo es algo más que una enfermedad que ataca al cuerpo, independientemente de la voluntad del sujeto. En el pecado del goce del sujeto, éste lleva la penitencia; así, cada decisión médica no es ajena a la ética y el modo de concebir las enfermedades y a los enfermos. Sucede algo similar con la construcción social e institucional del esquizofrénico; éste se distingue de otro

tipo de enfermos que se encuentran hospitalizados. Algunas de estas diferencias son:

- En contraste con cualquier otro enfermo hospitalizado, al paciente mental, una vez que se levanta por la mañana, se le prohíbe regresar a los dormitorios; si éste quiere descansar o dormir lo tendrá que hacer en los jardines, patios y bancas que se encuentran en los pabellones del hospital.
- Mientras que, por lo general, a cualquier otro enfermo hospitalizado se le somete a una dieta rigurosa y controlada, al paciente mental se le permite comer, tomar refrescos e ingerir dulces a cualquier hora del día.
- Médicamente, se reconoce que el enfermo mental tiene un problema cerebral; de igual forma, se está de acuerdo en que fumar es dañino para la salud, lo que no obsta para que el paciente psiquiátrico pueda fumar dentro del hospital.
- Si bien todo enfermo transforma la dinámica familiar, los síntomas psiquiátricos se confunden con el comportamiento desviado, que atenta en contra del orden y las normas de la interacción social. La intervención médico-psiquiátrica combina, por ende, formas de control y poder sobre el cuerpo, con prescripciones medicamentosas.

No se trata de negar la existencia de las enfermedades, sino de estudiar las formas imaginarias y sociales que cada sociedad construye para combatirlas.

La permanencia del electroshock no se explica sin la asociación que se establece con la actividad cerebral eléctrica, de la misma forma que las lobotomías no tendrían ninguna razón de ser si no se cree en la topología de las funciones cerebrales. No obstante, el problema metodológico es de mediación, ya que los descubrimientos sobre el funcionamiento cerebral son una cuestión y las formas de intervención psiquiátrica que se derivan de aquéllos son otra. El fracaso de la intervención, por ende, no tendría por qué equipararse al fracaso de los descubrimientos científicos relacionados con el funcionamiento del cerebro, ya que la psiquiatría institucional —como decíamos— tiene una práctica muy distinta a la que lleva a cabo el investigador de laboratorio; por eso el fracaso se repite con el tratamiento químico terapéutico, que se sustenta en las le-

yes del funcionamiento bioquímico del cerebro, algo se malogra siempre, la enfermedad mental persiste. Ante este problema, la sociedad conforma sus propias construcciones imaginarias, mismas que se traducen en políticas de salud, modelos médicos, discursos de verdad y control.

Durante la investigación regresamos al análisis del discurso familiar, incluyendo, por supuesto, el delirio del esquizofrénico. Muchos otros estudiosos, incluyendo psiquiatras de formación freudiana, lo hicieron antes. La teoría psicoanalítica y los terapeutas sistémicos han contribuido con importantes tesis al respecto, algunas de éstas se han retomado con la finalidad de dar cuenta, desde distintos ángulos teóricos, del material recolectado directamente en la situación. Estudiamos la enfermedad mental en situación de internamiento y la dinámica que se establece en todos los actores que son partícipes del problema.

Un interrogante propio de la investigación etnográfica se refiere al conocimiento de aquellas condiciones epistemológicas que autorizan llevar a cabo un proyecto de investigación interdisciplinario, el papel del uso crítico de la teoría en el trabajo de campo y la conformación del objeto de investigación. Las preguntas que se formulan respecto a determinados problemas no tienen una sola respuesta; las hipótesis que se estructuran bajo una lógica direccional, lineal y unicausal constituyen ejercicios escolares que sirven de poco para recuperar la complejidad de la realidad. La reivindicación de diversas perspectivas de conocimiento en torno a un tema-problema tiene el peligro de caer en el eclecticismo (por ejemplo, el concepto de inconsciente con el que trabaja Freud no es el mismo que el que propone Jung), pero evitar el eclecticismo a ultranza casi siempre conduce a la defensa de un saber especializado, impermeable a otras propuestas de conocimiento.

No pretendemos concluir un problema que sigue académicamente abierto. En la cuestión referente a la esquizofrenia (no orgánica) existen convergencias teóricas en algunos temas, que parten de categorías y supuestos de conocimiento diferentes. Se trata de subrayar estas coincidencias y reconocer las diferencias en el orden de la explicación de la etiología de la llamada enfermedad mental. A partir de ello tal vez puedan reconocerse algunos elementos de naturaleza complementaria, así como valorar los límites y alcances heurísticos de cada perspectiva de conocimiento. A continuación

exponemos algunas coincidencias entre ciertas posturas psicoanalíticas y algunas propuestas hechas por la teoría sistémica. Son apuntes y fragmentos que parten de diversas escuelas de pensamiento, que requieren ser profundizados y sistematizados con más rigurosidad en una investigación posterior; no obstante, creemos importante dar cuenta de ellos, a pesar de su carácter inconcluso.

En relación con el sujeto. Tanto el análisis de sistemas como la perspectiva psicoanalítica reconocen en el sujeto "enfermo" una problemática que va más allá de éste y que puede ser explicada por la "novela familiar" (diacronía) o la interacción o transacción familiar (sincretismo). La escuela de Pichón-Rivière habla de "emergente mental" o portavoz del grupo, mientras que los analistas de sistemas se refieren al "paciente designado". Iván Boszormenyi-Nagy considera que el paciente es un reparador de los desequilibrios, por medio de sus síntomas derivados de su propia lealtad hacia su grupo familiar (Boszormenyi-Nagy, 2003). El "enfermo" es el núcleo desde donde el sistema adquiere un sentido. El delirio representa la paradoja en su máxima expresión. Su discurso pletórico de figuraciones responde en consecuencia a la indeterminación del lenguaje familiar, que establece una dinámica en donde los integrantes retroalimentan la resistencia al cambio.

En relación con el padre. Para el psicoanálisis lacaniano la función del padre y su obliteración o forclusión es la que explica la estructura psicótica. El llamado "Nombre del Padre" implica la introyección del significante que facilita el corte simbólico, que expulsa al sujeto de la dimensión imaginaria con la madre. El padre arrebata la omnipotencia narcisística del sujeto del deseo de la madre, le transmite los límites y con ello el sentido de orientación hacia el futuro. Por su parte, los sistémicos afirman que en las familias de esquizofrénicos el papel del padre está desdibujado o ausente, afirmando la relación dual entre la madre y el hijo. Podríamos decir que la situación de ambigüedad y paradoja que establece el sistema esquizofrénico no admite un tercero (función paterna) que otorgue movimiento significante y, por ende, de cambio. El sistema esquizofrénico muestra una multiplicidad de mensajes indescifrables que anulan cualquier posicionamiento estructural. El sistema es un circuito que desdibuja, revierte, anula las jerarquías y los lugares generacionales, como consecuencia de la falta de límites.

En relación con el delirio. Desde el psicoanálisis se comenta que detrás del delirio religioso y omnipotente está el problema de la ley como sostén. Ahora el sujeto se sacrifica y es un resto del Otro quien dispone de su goce. El tema de la sexualidad es el tema del desorden simbiótico. El contenido homosexual, del cual todos los psiquiatras hacen reconocimiento (pero sin aportar alguna explicación que no sea aquella del desborde de los impulsos), se relaciona con las dificultades identificatorias, la seducción gozosa del padre, etcétera. La fenomenología del discurso delirante no hace sino ilustrar la eclosión imaginaria que se traduce en la necesidad que el paciente tiene de estar junto con sus familiares y al mismo tiempo la aversión que muestra, la exigencia de huir del hogar (y su inevitable regreso). Destaca el delirio sobre el alimento, las fantasías de comida y su contrario: el daño que pretenden causarle a través del mismo. En la simbiosis se encuentra el tema del doble, la duplicación, "la máquina de influencia" o el sacrificio al Otro. El delirio es el intento reiterado y fallido, de restablecer un orden simbólico. Desde la perspectiva sistémica, el delirio es la manera en que el lenguaje esquizofrénico se adapta a la situación familiar. Es el problema del doble vínculo y la paradoja que incluye el estudio de los tipos lógicos, el deuteroaprendizaje y la destrucción del metalenguaje. La destrucción del metalenguaje supone la imposibilidad para leer los contextos, así como el significado de los mensajes. El delirio es un mecanismo defensivo. Se puede conjeturar que la estereotipia corporal del enfermo mental (su glosa simiesca) es consecuencia de la destrucción simbólica del cuerpo, que fue imposibilitado para encarnar el lenguaje.

En relación con el problema de la fusión imaginaria. La inescapabilidad emocional puede analizarse, desde el orden imaginario que ha excluido la función simbólica y el significante paterno, siguiendo la perspectiva lacaniana y de una imagen simbiotizada del cuerpo, de una duplicación con la madre, de una indiferenciación de objetos internos, desde la perspectiva psicoanalítica (principalmente kleiniana). En el análisis de sistemas, el tema es estudiado utilizando los conceptos de "doble coacción", "embrollo", "doble vínculo", que conducen a la situación paradójica que enclava al sujeto en el medio familiar. La paradoja puede explicarse, desde la óptica del deseo, como la desmentida del sujeto por parte de la madre y los familiares. El problema de la inescapabilidad de un cam-

po emocional, a partir de la doble coacción, se alimenta de un juego de múltiples mensajes que impide descifrar el sentido de la situación que se vive, por lo que el sujeto queda "mezclado" en la transacción comunicativa.

Con respecto a la conciencia de la enfermedad. El tema de la alienación es añejo y abarca diversos terrenos en la filosofía, el marxismo y la sociología del conocimiento. Cuando el antipsiquiatra Morton Schatzman estudia "el asesinato del alma" de Schreber, incorpora la historia plena de violencia que vive aquél, como consecuencia de un padre que ejerce un poder sobre el cuerpo de sus hijos, en aras de la educación perfecta. El discurso religioso, moral y pedagógico de este padre devasta la psique de Schreber, quien sufrirá en carne propia los síntomas psicóticos. No obstante, Schatzman observa la imposibilidad, por parte de Schreber, de reconocer los síntomas de su enfermedad como consecuencia de su historia familiar, del discurso fatídico del padre. Las familias de esquizofrénicos —decía Laing— no tienen conciencia de la mistificación que viven. Desde una perspectiva lacaniana, el problema se analiza a partir del discurso del Otro: Schreber es un apéndice de un gran Otro que lo atraviesa y le roba su deseo, de ahí su sacrificio.

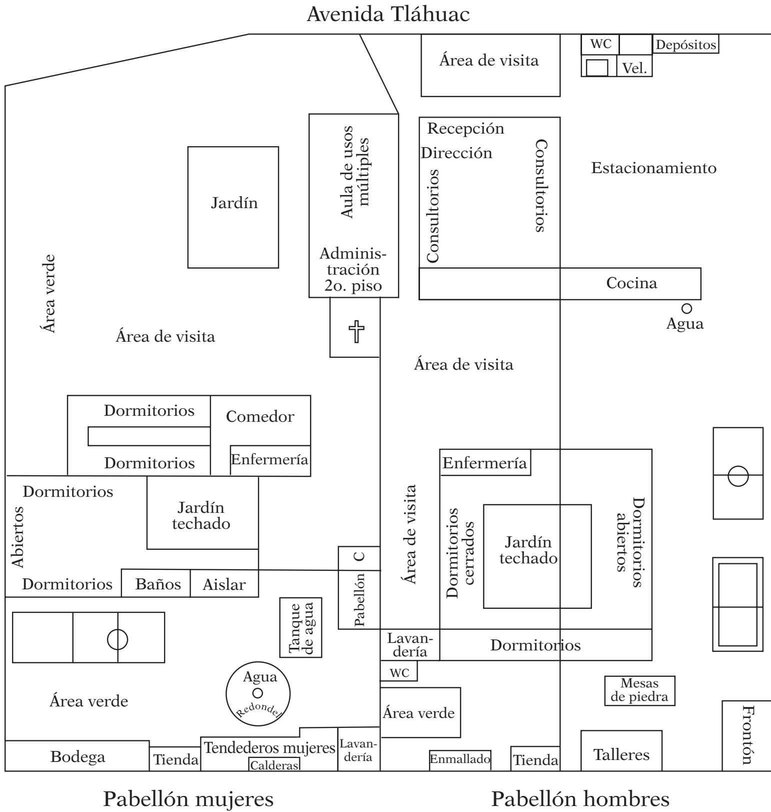
Por su parte, la teoría sistémica reconoce la existencia del desconocimiento de la enfermedad por parte del sujeto. Esta incompetencia no es del orden de la ignorancia, de un saber al cual se accede únicamente con buenas intenciones. El esquizofrénico se enfrenta a una imposibilidad: la de comentar los códigos de contexto, la de hablar sobre la situación que vive, la de dialogar sobre la naturaleza de las relaciones del lenguaje (metalenguaje), lo que provoca la pérdida de las habilidades para discernir los signos humanos que componen la interacción social en cada situación.

En relación con la transversalidad entre el grupo familiar y la institución psiquiátrica. Sistémicos y psicoanalistas coinciden en el papel de maternaje que puede desempeñar la institución psiquiátrica, reproduciendo con ello las pautas de interacción experimentadas en las relaciones familiares. Las experiencias institucionales narradas por los antipsiquiatras y otros estudiosos son dignas de volverse a reflexionar a la luz de los avances teóricos. El fracaso de la hospitalización psiquiátrica no sólo se relaciona con los altos costos del internamiento, sino con los límites del modelo de interven-

ción, los sistemas de colusiones que se establecen entre familiares y autoridades médicas, las formas de reproducción de la "enfermedad" dadas por las pautas de comunicación, sean éstas conscientes, involuntarias o inconscientes.

Anexos

Anexo A
Plano del Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, 2005



Mapa de sitio elaborado por Isabel Torres Coronel.

ANEXO B
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA

Actitud y conducta	Sociable	( )
	Mutista	( )
	Desconfiado	( )
	Expansivo	( )
	Quejumbroso	( )
	Aislado	( )
	Agresivo	( )
	Destructivo	( )
	Autoagresivo	( )
	Aceptación de Tx	( )
	Error de conducta	( )
	Hostil	( )
Conciencia y tratamiento	Alerta	( )
	Somnoliento	( )
	Sedado	( )
	Delirante	( )
	Verborreico	( )
	Desorientado	( )
	Obsesivo	( )
Estado afectivo	Humor depresivo	( )
	Ansioso	( )
	Irritable	( )
	Cambios de humor	( )
	Eufórico	( )
Capacidad de juicio	Conciencia de enfermedad	( )
	Errores de juicio	( )
Alteraciones de la sensopercepción	Alucinado	( )
Sueño	Insomnio inicial	( )
	Insomnio intermedio	( )
	Insomnio terminal	( )
	Hipersomnia	( )
Alimentación	Apetito normal	( )
	Disminuido	( )
	Aumentado	( )
Excretas	Evacuación	( )
	Micción	( )
	Vómito	( )

Bibliografía

Anderson, C., Douglas Riess y Gerard Hogarty (1993), *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*, Buenos Aires, Amorrortu.

Agamben, Giorgio (2002), *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo Sacer III*, Madrid, Pre-textos.

Bateson, Gregory (1998), *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión*, Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé/Lumen.

Benoit, Jean Claude (1985), *El doble vínculo*, México, FCE.

Berenstein, Isidoro (1994), *Familia y enfermedad mental*, Buenos Aires, Paidós (Biblioteca de Psicología Profunda).

________ (2004), *Devenir otro con otro(s). Ajenidad, presencia, interferencia*, Buenos Aires, Paidós.

________ (2007), *Del ser al hacer. Curso sobre vincularidad*, Buenos Aires, Paidós.

Berger, Milton (comp.) (1993), *Más allá del doble vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos*, Barcelona, Paidós.

Boszormenyi-Nagy, Iván (2003), *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*, Buenos Aires, Amorrortu.

Caillois, Roger (2004), *El hombre y lo sagrado*, México, FCE.

Colucci, Mario y Pierangelo di Vittorio (2006), *Franco Basaglia*, Buenos Aires, Ediciones Nuevas.

Devereux, Georges (1991), *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI.

Dolto, Françoise (1990), *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós.

_______ (1996), *En el juego del deseo*, México, Siglo XXI.
Foucault, Michel (2001), *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano…*, Barcelona, Tusquets.
_______ (2002a), *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI.
_______ (2002b), *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1, México, FCE (Breviarios, núm. 191).
_______ (2005), *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Buenos Aires, FCE.
Fromm-Reichman, Frida (1981), *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y en los maniacos depresivos*, Buenos Aires, Paidós.
García, Rolando (2006), *Sistemas complejos. Conceptos, métodos y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*, Barcelona, Gedisa.
Garrabé, Jean (2002), *Henry Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo*, México, FCE.
Gennep, Arnold van (2008), *Los ritos de pasaje*, Madrid, Nueva Alianza.
Goffman, Erving (1979), *Relaciones en público. Microestudios de orden público*, Madrid, Alianza Universidad.
_______ (1992), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.
_______ (1997), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
Griffith L., James y Melisa Elliott (1996), *El cuerpo habla. Diálogos terapéuticos para problemas mente-cuerpo*, Buenos Aires, Amorrortu.
Gros, Frédéric (2000), *Foucault y la locura*, Buenos Aires, Nueva Visión.
Guyotat, Jean (1994), *Estudios de antropología psiquiátrica*, México, FCE (Colección Popular, núm. 508).
Haley Jay (1991), *Las tácticas del poder de Jesucristo*, Barcelona, Paidós.
Helzer, John y James Hudziak (2003), *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM IV*, Madrid, Ars Médica.
Jiménez, Marco A. (2007), *Subversión de la violencia*, México, UNAM/Juan Pablos.
Kornblit, Analía (1996), *Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia*, Barcelona, Gedisa (Colección Psicoteca Mayor).
Laing, Ronald D. (2002), *El yo y los otros*, México, FCE.

_______ y A. Esterson (1986), *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*, México, FCE.

Legendre, Pierre (1994), *Lecciones IV. El crimen del cabo Lortie. Tratado sobre el padre*, México, Siglo XXI.

Lévi-Strauss, Claude (1994), *Antropología estructural*, Barcelona, Paidós.

_______ (2003), *El pensamiento salvaje*, México, FCE (Breviarios, núm. 173).

Lipset, David (1991), *Gregory Bateson. El legado de un hombre de ciencia*, México, FCE.

Maleval, Jean-Claude (2002), *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*, Buenos Aires, Paidós.

Mannoni, Maud (1973), *La educación imposible*, México, Siglo XXI.

_______ (1989), *El niño retardado y su madre*, Buenos Aires, Paidós.

_______ (2004), *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis*, México, Siglo XXI.

Menninger, Karl (1972), *El hombre contra sí mismo*, Barcelona, Península.

Minkowski, Eugène (2001), *La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos*, México, FCE.

Odier, Charles (1961), *La angustia y el pensamiento mágico. Ensayo de análisis psicogenético aplicado a la fobia y a la neurosis de abandono*, México, FCE.

Palomar, J. (1998), "Funcionamiento familiar y calidad de vida", tesis de doctorado en Psicología, México, UNAM.

Pankow, Gisela (1979), *Estructura familiar y psicosis*, Buenos Aires, Paidós.

Payá, Víctor Alejandro (2006), *Vida y muerte en la cárcel. Estudio sobre la situación institucional de los prisioneros*, México, Plaza y Valdés/Facultad de Estudios Superiores Acatlán-UNAM.

_______ (2007), "Los intestinos del Leviatán: poder, escatología y violencia en el cautiverio forzado", en Marco A. Jiménez, *Subversión de la violencia*, México, UNAM/Juan Pablos.

Paz, Octavio (1972), *El arco y la lira*, México, FCE.

Patch, Vernon D. y Philip Solomon (1972), *Manual de psiquiatría*, México, El Manual Moderno.

Pichón-Rivière, Enrique (2007), *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Porter, Roy (2003), *Breve historia de la locura*, Madrid, FCE.

Róheim, Geza (1982), *Magia y esquizofrenia*, Barcelona, Paidós.
Roudinesco Élisabeth (2009), *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*, México, Anagrama.
Schatzman, Morton (1994), *El asesinato del alma. La persecución del niño en la familia autoritaria*, México, Siglo XXI.
Selvini, Mara *et al*. (1988), *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*, Barcelona, Paidós.
________ (1990), *Los juegos psicóticos de la familia*, Barcelona, Paidós.
Simmel, Georg (2002), *Sobre la individualidad y las formas sociales*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.
Sontag, Susan (1996), *La enfermedad y sus metáforas: el SIDA y sus metáforas*, Madrid, Santillana/Taurus.
Szasz Thomas (2002), *Esquizofrenia, el símbolo sagrado de la psiquiatría*, México, Ediciones Coyoacán.
Tausk, Víctor (1983), *Trabajos psicoanalíticos*, México, Gedisa.
Wittezaele, J. Jacques y Teresa García (1994), *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*, Barcelona, Herder.

Documentos

DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Masson, 4a. edición, Barcelona, 1995.
La Santa Biblia, Corea, Broadman & Holman Publishers, Nashville, 2000.
Programa de Acción en Salud Mental, Secretaría de Salud, México, 2001.

Institución, familia y enfermedad mental:
reflexiones socioantropológicas desde
un hospital psiquiátrico
se terminó en diciembre de 2009
en Imprenta de Juan Pablos, S.A.,
Malintzin 199, Colonia del Carmen,
Delegación Coyoacán, México 04100, D.F.
<imprejuan@prodigy.net.mx>

1 000 ejemplares

